Antropologia Mèdica



Cultura, salud, cine y televisión

Recursos audiovisuales en Ciencias de la Salud y Sociales

Serena Brigidi (ed.)

[publicacions] urv

MARC

MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

Cultura, salud, cine y televisión

Recursos audiovisuales
en las Ciencias de la Salud y Sociales

Coordinación de
Serena Brigidi

[publicacions] urv

Tarragona, 2016

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: febrer de 2016
ISBN: 978-84-8424-423-3
Depósito legal: T 295-2016
DOI: 10.17345/9788484244233

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacions.urv.cat
publicacions@urv.cat

Fografía de cubierta: Serena Brigidi, *Lisboa*, 2005

http://www.marc.urv.cat

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

YO SOY YO Y MIS CIRCUNSTANCIAS AUDIOVISUALES

Serena Brigidi
Medical Anthropology Research Center – MARC
Universitat Rovira i Virgili
serenabrigidi@gmail.com

Introducción

«Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo»

José Ortega y Gasset (2014: 754)

Quiero introducir este libro con una reflexión sobre las «circunstancias audiovisuales»[1] transgeneracionales —por nombrarlas de alguna manera—. Es decir, mediante una narración diacrónica que muestre cómo el mundo audiovisual y los recursos digitales se han convertido en elementos identitarios, característicos y encarnados en mi vida (y no solo la mía).

Sin embargo, mis «circunstancias» visuales y, más recientemente, digitales empezaron pronto. Primero, las imágenes. Mi padre era un apasionado de la fotografía, pasábamos horas y horas experimentado con la misma imagen. El olor de los productos químicos es, aún hoy, muy familiar para mí. Me entusiasmaba observar cómo las sombras se trasformaban según la exposición decidida. El despacho multifuncional (despensa, almacén, cámara oscura, etc.) de mi padre se convertía, dos o tres tardes por semana, en un laboratorio de imágenes, muchas colgadas con pinzas de madera, otras en el suelo; una bombilla roja, y el saco de la basura pegado

1 El concepto de Ortega y Gasset aplicado al mundo digital es del Dr. Miquel Duran Portas, docente del curso virtual de Investigación científica 2.0.1: procesos clave en una sociedad digital (2.ª edición). En el vídeo en torno a las circunstancias digitales afirma: «Yo soy yo y mi blog, yo soy yo y mis cuentas de Twitter, yo soy yo y mi Instagram… Flickr, Youtube» (0'31" a 0'49").

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 7–22. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

recubría el cristal de la puerta. Allí aprendí a experimentar con la luz y jugar con las formas.[2]

El cine y los filmes llegaron años más tarde, en la escuela primaria. Visionábamos un par de películas al año, como currículum escolar. Las proyectaban en el muro desmenuzado de la clase, sustituyendo el odiado mapa geográfico de Italia con las imágenes en movimiento, o utilizando Betamax (1975) o VHS[3] (1976) en una vieja y redondeada televisión (que, con mucha probabilidad, mis hijos no reconocerían como tal). Transportaban el receptor al aula magna como si fuese una gran fiesta, reunían a las clases e, ilusionados, mayores y pequeños nos sentábamos frente a la abombada pantalla: películas en blanco y negro que muchas veces se teñían de color verdoso, imágenes tambaleantes que se interrumpían solo golpeando el costado de la pantalla, generando «suspense». Era al final de los años ochenta. Recuerdo el cine en y con la escuela como un momento de intensa complicidad y participación.[4] Al mismo tiempo, evoco con cariño el cine familiar en las salas vacías del Cine Eden de mi barrio —hoy un aparcamiento subterráneo—. La emoción de la oscuridad, la espera de la pausa para ser la primera en la cola del lavabo y la sensación rara, de haber sido transportada a otro mundo, a la salida. Esta dimensión estética y cultural de la que «no se puede volver atrás como se era» (Gennari, 1994: 317) es lo que experimento frente a una imagen, un vídeo, un clip, una serie de TV o una película. La posibilidad de usar estos recursos audiovisuales me hace sentir una privilegiada. En el Cine Eden no había películas en V. O. ni se podía comer en la sala. Estos placeres los he descubierto, años más tarde, en el Cine Verdi de Barcelona.

2 Hoy uso Pinterest para conservar y observar imágenes y Pickmonkey para modificarlas.

3 *Video Home System.*

4 Uno de los filmes que vi de pequeña fue el inolvidable *Kramer vs Kramer* (Benton, 1979). Revolucionario, ayer como ahora. En el bachillerato, recuerdo muy bien los debates que derivaron del visionado de *Schindler's List* (Spielberg, 1993) que, en general, en aquel entonces, nos marcaron mucho. No obstante las críticas de demasía y doble moral que la película de Spielberg recibió, nos mostró, perdonadme el oxímoron, un fragmento colosal de la historia aún tan presente en la educación y la escuela italiana. El *Diario de Anna Frank* (Frank, 1958), lectura obligada en la escuela, no había tocado a todos o explicado de forma tan contingente, directa y dramática lo que había ocurrido. De allí todo tuvo otra relectura. Y, curiosamente, la otra película que más recuerdo de los tiempos escolares ha sido *Lorenzo's Oil* (Miller, 1992) propuesta también en mi primera clase en la universidad: en el curso en torno a la medicalización, en lo que antes era el Máster de Antropología Médica de la URV.

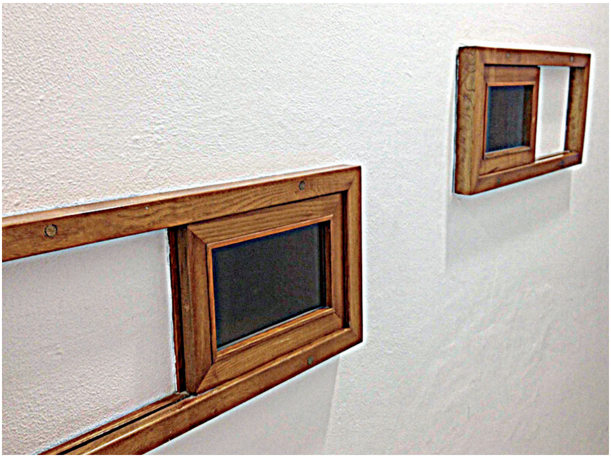


Imagen 1. Fotografía de Serena Brigidi. Ventanas que pertenecían al antiguo cine de Coma-Ruga, actual sede de la Facultad de Enfermería del Baix Penedès, El Vendrell, Universitat Rovira i Virgili. Conservadas hasta el 2014, año en el que se han tapado por medidas de seguridad. En el interior, el auditorio. Presumiblemente en una se debían proyectar las imágenes y la otra permitía al proyeccionista seguir la visión[5]

Mi familia materna tuvo su primera televisión en 1961, era la única familia del pueblo del *hinterland* de Milán que tenía una. En mi casa la televisión en color llegó el 22 de marzo de 1986 (mi madre se acuerda con precisión del día en el que la compramos). Años después, en casa funcionaban tres: una en mi habitación, una en el salón y otra en la cocina, esta última en blanco y negro.

Mi primer ordenador me lo trajo Babbo Natale.[6] Llevaba tiempo deseándolo, tenía ocho años, muchas de mis amigas ya tenían el suyo propio en casa. Era inmenso, tardaba una infinidad en encenderse, el teclado era duro y, cuando te equivocabas o tecleabas con antelación un comando, emitía un grito horrible y estridente. Me asustaba el ruido y la pantalla de números y letras en verde sobre negro. Mi PC olía a polvo y a quemado, una superficie de pata de gallo coloreada de gris ratón. Nunca tuve mucho *feeling* con estas máquinas hasta la llegada de internet. De repente, cambió todo. En casa lo pusimos meses antes de mi *laurea*, en la primavera

5 Agradezco a Jesús Montero y M. Pilar Martinez Serra por la consulta histórica.

6 Papá Noel en italiano.

del 2001. El proceso de conexión dependía, para mí, de muchos factores mágicos y misteriosos (¿hay sol?, ¿llueve?) y se acompañaba del *Sonido Modem Dial Up*. Otras largas esperas. Llevaba ya un par de años con una cuenta de correo electrónico activa, con un dominio italiano llamado libero.it que utilizaba, sobre todo, durante mis viajes o estancias en el extranjero. Eran años en los que enviabas un correo electrónico y después llamabas para saber si había llegado. Un paso adelante y dos atrás.

En 1996 mi padre, entusiasta, compró un móvil. Única función: llamar. Para mi padre, poder avisar a mi madre cuando volvía a casa por la noche era estupendo, una revolución. Era negro, pesado, con un antena de unos diez centímetros que se doblaba y una tapa de cuero que lo cerraba. La pantalla era pequeña, estrecha, verde, no tenía la importancia que tiene ahora, diría yo que casi no era necesaria, excepto para visualizar el número telefónico.[7] Hoy la pantalla es el móvil. Catorce años después de mi tesis de grado, vivimos entre pantallas. Hoy, en casa no tenemos, por elección, televisión, sino una tableta, dos *smartphones* y dos portátiles. Nos permiten ser consumidores activos de los recursos audiovisuales y mundos digitales.[8] A veces, Gaia y Dídac me han preguntado por qué no tenemos televisión. Aida, la pequeña, no se lo plantea. Les contesto:

— ¡¿Para qué tenerla?! ¿Para qué necesitamos una?

La posibilidad de elegir lo que quiero ver, cuando lo decido, es fundamental. Un privilegio. El portátil me permite la visión en cualquier lugar de la casa y en cualquier momento. Eso sí, tengo siempre una libreta conmigo, una forma tradicional de anotar ideas, diálogos, minutaje de lo que estoy viendo para extender los confines del saber hacer de la investigación.

7 Era aún la época de digitar el número que se sabía de memoria y no buscarlo en la agenda.

8 La *responsive web design* es lo que nos permite mirar un vídeo, una imagen, un blog o un juego en las diferentes pantallas que utilizamos sin alteraciones en el diseño. Según Miquel Duran, hoy utilizamos como mínimo siete pantallas diariamente (mini iPad, tableta, portátil/PC, TV, cine, *smartphone*, proyectores multimedia en el aula), por eso, pensar en el diseño a la hora de crear una pagina o un vídeo que pueda responder a las diferentes configuraciones de pantallas resulta esencial. «More than technology it's a life style…where anything is possible», dice una antigua publicidad del Apple Centre.

La Escuela de Tarragona: la metodología audiovisual en el estudio de la salud

En la que se puede reconocer como Escuela de Etnografía de Tarragona (URV) —tanto por la difusión y el fomento de la antropología médica y salud global en España (para no decir en América Latina y en Europa, en general) como por el peso que ha asumido la etnografía en salud y la conciencia sobre la autoetnografía en el área de las ciencias sociales y de la salud— el empleo y el uso como objeto/sujeto audiovisual se incorporó hace más de un decenio. El modelo implantado por Josep M. Comelles, maestro en el arte de enseñar narrando con clips —fragmentos cuidadosamente seleccionados de *medical dramas* o películas— y transmitir con recursos audiovisuales, mezclando métodos y saberes para alcanzar la comunicación científica, ha permitido que el vínculo existente entre salud y vídeos se impulsara. Hoy, con este libro, tal vez podamos consolidarlo como campo de investigación y en el ámbito didáctico. Espero que los capítulos, las formas de análisis, los usos de los recursos audiovisuales realizados se conviertan en referentes del sector de arte y salud.

Inicialmente, en el aula se visionaban filmes enteros como *Caro diario* (Moretti, 1993), *Lorenzo's Oil* (Miller, 1992), *Mones com la Becky* (Jorda y Villzán, 1999), *La Tarantula* (Mingozzi, 1962) y *Sicko* (Moore, 2007). En la mayoría de casos, eran seminarios que complementaban el estudio de las culturas médicas, profundizaban el proceso de medicalización y la crisis del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1984). Sucesivamente, nos hemos vuelto más atrevidos, las tecnologías domésticas también representaron un auxilio importante,[9] y se ha empezado a observar y comprender, a partir de una reflexión antropológica, los *medical dramas*. No solo aquellos más contemporáneos como *House,* sino los antiguos como *City Hospital* (1951-1953), *Ben Casey* (1961-1966), *Dr. Kildare* (1961-1966) o *Marcus Walby M.D.* (1969-1976) se proponen con éxito en clase. Documentales, series de televisión y publicidades y, de allí, se busca su valor histórico y etnográfico. En otras palabras, las circunstancias digitales han permitido buscar, conocer, descargar, fragmentar y reproponer en diversas extensiones, y con subtítulos (auto)añadidos, lo que antes podía tener solo una difusión local. Esto también significó que los tiempos del aprendizaje se

9 No debe olvidarse que Vimeo fue creado (solo) en el 2004, y YouTube, en el 2005.

adecuaron a las nuevas generaciones: un vídeo es mucho más incisivo que una diapositiva. Los vídeos representan una reelaboración del *role-playing,* dramatizaciones y simulaciones. Centran a los estudiantes en los problemas, en las realidades, se reconocen y permiten el fenómeno del paralaje (volveremos sobre este tema más adelante). Asimismo, han permitido convertirnos también en productores, creadores, realizadores de entrevistas visuales, documentales y etnografías sonoras.[10]

Como se reporta en el capítulo 9, «Recursos documentales en cine y salud», ha sido un movimiento que poco a poco ha ido creciendo en España y en el extranjero, pero no sin dificultades. En primer lugar, la aceptación o reaceptación (visto que en el pasado el concepto de *ars medica* era muy claro) de esta relación: salud y arte.[11] La práctica docente de Tarragona[12] evidencia que la salud es el ámbito por excelencia donde (deben) converger distintas disciplinas.[13] Desafortunadamente, estos sistemas de saberes que podrían enriquecer el campo de las ciencias de la salud con las ciencias sociales siguen aún hoy pensados por separado, así que las Geisteswissenschaften y las Naturwissenschaften[14] pueden todavía parecer ciencias antagónicas asignadas a absurdas hegemonías (Roca i Sebastià, 2006); por ejemplo, el arte, como saber menor respecto a la medicina o la biología y la física.[15] Todavía, con *ciencia* o *científica* se de-

10 Ver el blog de Josep M. Comelles con algunas de su producciones. Asimismo, la entrevista visual a Beverley Beech (Cardús, Ausona y Brigidi, 2014) o la etnografía sonora propuesta por Eduard Comelles Allué.

11 Uso, en este contexto, el termino *arte* incluyendo todos las formas conocidas de manifestaciones artísticas, sonoras, plásticas, visuales, experimentales, etc.

12 Hablo de la tradición de Tarragona haciendo referencia tanto a los docentes e investigadores de la URV, además de Josep M. Comelles, pienso en Àngel Martínez, Susan Di Giacomo, Oriol Romaní, por ejemplo, como a los colaboradores externos, personas que han contribuido a crear la Escuela de Tarragona aunque su sede laboral no resulte ser la misma, me refiero a Marta Allué, Eduardo Menéndez, Susana Ramírez, Enrique Perdiguero, Mari Luz Esteban, Carl Kendall, Tullio Seppilli, Jon Arrizazabalga, Josep Canals, Àlvar Martínez, Ilario Rossi, entre otros.

13 Un ejemplo de la unión entre arte, visual y ciencias es TVAntropología, un espacio de diferentes programas y géneros para profundizar el tema de la antropología aplica a la salud, el deporte, la etnología, el espacio público, etc.

14 Respectivamente, ciencias del espíritu y ciencias de la naturaleza. El filosofo Wilhelm Dilthey hizo esta teorización en 1883.

15 Howard Gardner, en su libro sobre a las inteligencias múltiples (1994), ha sido para mí revolucionario. Lástima que difícilmente se aplique a los modelos pedagógicos tradicionales.

signa el mundo de las Natur, traduciendo el método científico, el rigor y el cálculo del valor académico y profesional, en formas de trabajar que no contemplan las ciencias del espíritu, humanas, humanísticas: el yo reflexivo, una forma de escritura más espontánea, a veces, también encarnada, una ampliación de los campos de actuación. Lo virtual ha representado, para las ciencias sociales, posibilidades infinitas de estudios y, a pesar de que APA Style, desde hace ya unos años, se ha adecuado a estas realidades contemplando cómo citar un *tweet*, un post en Facebook o un correo electrónico, algunos se resisten. En definitiva, se marcan roles, posiciones, la posibilidad de usar más o menos técnicas, generando tensiones o fobias de intrusismos.[16] Sin embargo, nada está más equivocado, ya que son saberes en constante intercambio, cada uno necesita de la sabiduría del otro para poder construir las actividades gnoseológicas, heurísticas, experimentales o hermenéuticas que los caracterizan.

En segundo lugar, el uso (y la capacidad de usar) el concepto de *cultura*. A pesar de la cosificación de la cultura, o del *cultural business* (Brigidi, 2009), la cultura siempre está presente, existe, subyace en una película comercial y en una obra maestra. Creo que, también, frente a la homologación del conocimiento podemos generar un proceso cognoscitivo (Gennari, 1996). Entonces es la capacidad de crítica, la habilidad para relacionar sistemas, estructuras, interpretar, comparar, profundizar, argumentar; en otras palabras, ir más allá. Saber utilizar esta fuerza estructurante, representada por la cultura misma: «[the] culture and the search for meaning that is the shaping hand, biology that is the constraint, and that, as we have seen, culture even has it in its power to loosen that constraint» (Bruner, 1990: 23). Cuando presenté por primera vez la idea

---

Así que una disciplina tiene más valor que la otra no solo por el estatus social que transmite, sino por un grado de dificultad supuestamente atribuido por la masa. No importa si un estudiante universitario de física tiene treinta años y aún tiene que acabar la carrera, física es difícil y requiere empeño, al contrario de filosofía, historia o pedagogía. El tema ha sido ampliamente explorado en los años, incluso por la crítica feminista y los estudios de género: si la disciplina se acerca más al campo tradicional masculino, es decir, a la parte racional, tiene más peso a nivel de la sociedad.

16 En efecto, una de las preguntas que más he recibido hasta ahora, cuando presento mi profesión de antropóloga médica, es «qué hace» una antropóloga dentro de una estructura de salud si no es psicóloga, enfermera, médica o auxiliar (Brigidi, 2009; Tosal, Brigidi y Hurtado, 2014). Sobre el intrusismo, véase el polémico *Informe Doulas,* redactado por el Consejo General de Enfermería (2015) y todas las críticas que ha generado.

del seminario, tuve que explicar (o justificar) la existencia de la palabra *cultura* en el título. Cuando terminé la primera edición, volví a encontrarme en una situación análoga, justificando por qué había temas de género en el seminario. Muy a menudo trabajamos aún con profesionales que tienen una visión puramente clínica y asistencial del concepto de *salud* y no consiguen ver cómo participan diferentes actores en el proceso; esto es, muchas veces, lo más importante del diagnóstico o del cómo llevar a cabo una técnica, puesto que explorar las vivencias de las personas (pacientes, familiares, profesionales) nos permite un acto de mejora. Lo que quiero decir es que la palabra *innovación*, a menudo elogiada como cultura innovadora en la salud, con la que hoy en día se venden programas y formaciones en salud, no puede existir sin un conocimiento profundo de las realidades locales en salud. No se puede improvisar. Es necesario tener capacidad crítica. Adelante con las aulas de simulaciones, pero también es necesario cultivar el arte de observar, escuchar, interrogar, cuestionar estas diversidades presentes. Y los recursos audiovisuales nos permiten visionar y observar culturalmente una situación.

Finalmente, el último punto es la metodología audiovisual. En este contexto no me interesa explorar las condiciones a partir de las que el documento artístico, en particular lo audiovisual, tiene o no las características de un documento textual, sino delinear cómo los recursos audiovisuales son un excelente material didáctico y un campo para la investigación en salud. Visionar un vídeo o construir un trabajo de investigación a partir de los recursos audiovisuales no significa mirar pelis en un sofá. No es un acto lúdico, como trabajar en un archivo o construir un marco teórico no significa exclusivamente leer documentos antiguos o artículos. No simplificamos un proceso complejo, dinámico, que requiere, también, determinadas capacidades. Mi profesora de Historia del Arte en la Universidad, Maria Grazia Montaldo, me enseñó a leer una obra de arte dentro de un contexto transdisciplinar, a buscar elementos históricos, pedagógicos, simbólicos que me pudieran permitir un acto cognoscitivo real de la obra y de la situación representada. Más allá. Un *sensus aestheticus:* permitir que la obra revelara elementos centrales de la historia de la educación, de los primeros principios de higiene presentes o de las relaciones de género, por ejemplo. Ella colocaba la historia del arte en el centro de cualquier formación, para luego afinar y desarrollar competencias. Absolutamente de acuerdo con ella, echo de menos esta disciplina como materia propedéutica en todos los grados en salud en los que im-

parto docencia. El ojo tiene que ser educado para poder alcanzar un grado de comprensión profunda, una posición de exotopía o de extralocalidad (Bachtin, 1988; Sclavi, 2003; Brigidi, 2009). Así que vuelvo a la idea del ángulo del paralaje, *παράλλαξις*, cambio, diferencia. Una desviación angular de la posición aparente de un objeto, dependiendo del punto de vista elegido. Un concepto que tiene sus orígenes en la física astronómica y que permite observar, en la misma circunstancia, dentro del mismo *frame*, por ejemplo, de una sala de espera, la presencia y las vivencias de más personas (Ginsburg, 1995). En el mundo visual, a pesar de tener un personaje central, podemos tener conciencia de uno y más mundos, sensaciones y malestares, podemos adoptar nuevas normas (salir del marco convencional o familiar adoptado) o ser capaz de dar una opinión según la situación, relativizar, considerar otras posibilidades, tener una bi(tri) sociación. Usar las emociones. Esto significa también exponerse a la obra y a la alteridad, por eso, a veces, es necesario un acompañamiento. Investigar con los recursos audiovisuales y a través de ellos significa exactamente esto: interpretar (el circulo hermenéutico), historiar, contextualizar, comprender, visionar, criticar, comparar, cuestionar y argumentar. Conquistar un espacio de pensamiento activo para pensar al mundo y vincularnos a él (Espai en Blanc, 2010).

La comunicación científica a través del Seminario Salud, Cultura y Cine 2010–2015

«No quiero demostrar nada, lo que quiero es mostrar»

Federico Fellini (*Collectif*, 1971: 26)

Propuse el *Seminario Cultura, Salud y Cine* en una de mis primeras reuniones de equipo en la Escola Universitaria Gimbernat. Llevaba años deseando organizar algo semejante, mi formación artística, la enseñanza de Arte en la Universidad y la experiencia como alumna del Prof. Comelles me habían llevado a considerar la idea de experimentar entre arte y salud. Nunca lo pensé como un cine foro, es decir, ver una película y abrir luego un debate. Mi idea era explicar y profundizar en una cuestión, un problema, una realidad en salud que, normalmente, no entraba en el currículum tradicional de ciencias de la salud. A partir de los diversos productos au-

diovisuales y digitales presentes y disponibles (publicidad, vídeos, chats, etc.), quería analizar estas experiencias. El seminario nació con el objetivo de poder educar y formar en la diversidad, desde la complejidad, la conciencia de todas las múltiples realidades presentes en el mundo de la salud. Analizar las relaciones entre profesionales, por ejemplo, los dilemas éticos, las formas de representar la realidad hospitalaria, las configuraciones biopolíticas. Un terreno inter- y transdisciplinar. Esta era la idea: abordar desde distintas visiones el proceso de salud, enfermedad y atención por medio de los recursos audiovisuales.



Imagen 2. Un amigo, Alessio Redegoso, se ocupó de realizar el logo en el que era evidente que el vínculo entre cultura y cine era la salud. El logo está realizado en castellano y en catalán. Estas son las tres versiones utilizadas, la primara clásica, las otras dos, reelaboraciones utilizadas sobre todo para Facebook.

Por lo que he ido observando, creo que la fórmula casi siempre propuesta por el/la comunicador/a y por mi parte sugerida, es decir, una introducción, acompañada de algunos vídeos, argumentación intercalada de clips y un debate final, ha permitido realmente cumplir con las finalidades del seminario: usar las emociones de forma activa. Creo que se pueden delinear, por lo menos, dos resultados principales: uno formativo (y transformativo), es decir, la conciencia de otras realidades subalternas con las que describimos y conocemos el mundo de la salud, y otro propositivo: la capacidad de desarrollar otras propuestas en el campo de la salud tanto a nivel educativo como asistencial. El reflexionar (visionar) en torno al «cómo» lo hacemos y «para qué» ha generado un debate que empuja a un cambio real en las formas de trabajar. En estos cinco años, se han puesto en duda los límites de las categorías diagnósticas actualmente desplegadas en la cultura médica occidental, se han podido visionar las diversas rea-

lidades y experiencias del padecimiento, tanto por el sujeto como por su familia, o entorno social y profesionales de la salud.

La primera edición fue en el 2011, cuatro sesiones dirigidas a toda la comunidad educativa de la escuela de enfermería, así como a los profesionales de la salud. Participaron Montserrat Pineda Lorenzo, presentando la sesión «Mujeres y VIH más allá de los derechos»; sucesivamente, Carlos Tabernero, con «Popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología, y procesos de medicalización», que presenta una reelaboración de la sesión en este libro; así como Núria Gregorio, con «Cuerpos y subjetividades intersex». La última aportación fue la de Josep M. Comelles, presente también en el libro, con la sesión «Los profesionales en el salón: médicos y enfermeras en las series de televisión».

En la segunda edición colaboraron la Dra. Ekis, de la Fundación Theodora, con el seminario «Un hospital con más risas, un hospital humanizado»; Martín Correa, que participa también en este volumen, con el seminario «Telarañas: la locura como tejido habitable». La tercera sesión fue impartida por Inma Hurtado, también presente en el libro, con «Cuerpos impropios: amputaciones electivas y el papel de la medicina en los malestares contemporáneos»; finalmente, la historiadora Assumpta Montellà, con «Maternidad de Elna: cuna de los exiliados (1939-1944)».[17]

En el 2013 las sesiones fueron tres: Maite Cruz, que participa en el libro en conjunto con Juan Zarco, presentó «Ciudadanía y calidad de muerte». El siguiente seminario lo impartí yo misma en torno a los temas de maternidades: «Hay madres que lo consiguen», en parte publicado en la *Revista de Medicina y Salud* (Brigidi, 2014), y la última fue la *première* del documental biográfico sobre el Doctor Domingo Ruano «Ensenyar con las dos manos. El sofá amb… Domingo Ruano», realizado por Enric Sirvent, Josep M. Comelles y Jordi Renú, una sesión llamada «Representaciones corporales: saber y prácticas anatómicas en la enseñanza de las ciencias de la salud. Barcelona, 1996-2012».

En el 2014, último año en el que el seminario tuvo lugar en la EUI Gimbernat, participaron Analia Abt Sacks, con la sesión «Cáncer, cine y narrativas. La construcción biocultural de la cronicidad en el cáncer de mama»; Manuel Moreno Lupiáñez, que ha participado en este volumen, con «El Dr. Frankenstein, supongo: seres electrizados, invisibles e irradia-

17 Las sesiones grabadas por Jordi Renu pueden verse en la filmoteca creada en el SPRICC, EUI Gimbernat.

dos»; Lina Casadó Marín, con «Autolesiones corporales: límites, imaginarios y representaciones», y, finalmente, Jesús Méndez Cestero, con «La enfermería a través del cine: fobias, filias y estereotipos».

La quinta edición del seminario, en 2015-2016, se realizará en la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, con tres sesiones, la primera, en mayo: «La teta (in)visibilizada. La lactancia materna entre salud, erotismo y placer», impartido por Serena Brigidi, Marta Ausona y Laura Cardús. Las otras dos están pendientes de realizarse: «Síndrome MRKH. ¿Condición o condicionante?», una sesión dedicada al síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, con Paula Rey, y «Larga Distancia: un tratamiento complejo para curar el cáncer», con el director Fred Ménier y, virtualmente, Daniel Lagarto Fernandez.

El éxito entre estudiantes y profesionales del seminario ha sido tal que se ha pensado poder recoger algunas de estas intervenciones visuales por escrito, para confirmar este vínculo entre arte y salud.

Maite Cruz y Juan Zarco nos presentan el capítulo «Dos miradas y un destino: cómo plasmar los resultados de una investigación en el lenguaje audiovisual», el texto que motivó a Joan Úbeda Carulla, productor ejecutivo, a escribir el prólogo, «Cámaras, informes y hospitales», para este libro. Maite y Juan presentan al lector dos experiencias muy concretas basadas en una investigación social con el empleo de metodología y técnicas cualitativas. La primera recoge la opinión de las personas que cuidan a otras en los momentos previos a su muerte, y la segunda, la de personas que sufren una lesión medular y seres cercanos a ellas. En estos dos trabajos resaltan los elementos positivos del uso de las circunstancias visuales en la investigación y la docencia, así como sus dificultades: ¿Cómo conseguir que un vídeo refleje el trabajo de toda una investigación? ¿Qué contenidos deben aparecer en el vídeo? ¿Cómo diferenciarlo del periodismo de investigación?

«De lo soñado a lo posible: las nuevas voces de la intersexualidad» es el trabajo de Nuria Gregori Flor, enfermera y antropóloga. Ella se interroga en torno a los significados de conceptos de *intersexualidad*. Para llevar a cabo esta investigación, en la que la intersexualidad ocupa espacios más mediáticos que sobrepasan el ámbito de lo sanitario, observa la dicotómica construcción de género, la conexión entre genitales y género, la asociación entre relación heterosexual y coito. Un paradigma que cuestiona las «cirugías de normalización» en torno al cuerpo: ¿Y si aquello que consideramos «normal» no fuera más que «normativo»?

En la misma línea de pensamiento, Inma Hurtado García ofrece «Cuerpos impropios: amputaciones voluntarias y reflejos mediáticos». La antropóloga de la salud propone una reflexión sobre el fenómeno de las amputaciones voluntarias, la traducción mediática y el marco social en el que se generan estas distopías contracorporales. Los distintos productos audiovisuales que se han acercado a las amputaciones voluntarias representan una guía para reconstruir el caso y un termómetro social de cómo se acogen socialmente las demandas de lo no normativo.

El cuarto capítulo es del físico Manuel Moreno Lupiáñez, que, con «El Dr. Frankenstein, supongo: seres electrizados, invisibles e irradiados», examina algunos aspectos tecnocientíficos presentes en las obras cinematográficas, tanto clásicas como modernas, relacionados con las ciencias de la salud: desde la creación de vida hasta la invisibilidad, pasando por los aumentos y reducciones de tamaño y las radiaciones y otras causas responsables de los poderes que exhiben los superhéroes. De la misma manera, analiza también la temática vampírica y la de los muertos vivientes (zombis).

En «Cine y procesos de medicalización: documentales médico-coloniales de la posguerra española (1946-1949)», Carlos Tabernero Holgado, biólogo e historiador de la ciencia, quiere contribuir al entendimiento, desde un punto de vista histórico, del papel que juega el cine en los procesos de popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología.

El antropólogo Martín Correa-Urquiza, en «La locura como tejido habitable», observa que, desde perspectivas clínicas y sanitarias, la histórica relación entre cine y locura suele plantearse como promotora de una cierta estigmatización de los sufrimientos asociados a las problemáticas mentales. Él guía al lector para defender la idea de que el cine promueve desde su naturaleza narrativa un cierto reencuentro, nos permite volver a vincular la locura con lo biográfico, con las historias de y sobre personas, vividas por y entre personas. Nos propone un *descanso* de las categorizaciones diagnósticas, de toda semántica clínica, para abrirnos a la posibilidad de entender la locura en su dimensión humana.

Josep M. Comelles y Serena Brigidi investigan en torno a los *medical dramas*, que no pueden ni deben reducirse a la condición de entretenimiento (*divertissement pour ilotes* de Paul Valéry o *silly box*) incluso en aquellos casos en los que la representación resulta menos válida, en el capítulo «Los profesionales en el salón: médicos y enfermeras en las series de televisión». Los autores consideran que la etnografía presente en las

series abre perspectivas de investigación en la construcción del proceso salud, enfermedad y atención y de la experiencia personal y colectiva.

La última aportación es de Carlos Tabernero Holgado y Enrique Perdiguero, con «Cine y medicina: imágenes sobre la salud y la enfermedad». El capítulo se ocupa de las múltiples relaciones entre el cine y las ciencias de la salud, desde la aparición del cinematógrafo a finales del siglo xix hasta nuestro contexto actual. El énfasis es necesariamente doble, y abarca tanto el uso que las ciencias de la salud han hecho del cine como la utilización de todos los aspectos que atañen a la práctica de la medicina por parte de los profesionales del cine.

El capítulo noveno, elaborado como un anexo, recoge las principales herramientas 2.0 en cine y salud en el Estado español, los cursos y seminarios universitarios realizados con el auxilio del cine y dos sesiones internacionales, que contemplan los *journals* dedicados al tema de recursos audiovisuales y salud, y los festivales. Este apartado tiene la función de ser una guía, una orientación al lector, no puede tener la finalidad de ser una investigación exhaustiva.

La mayoría de los capítulos en este volumen han sido recogidos en el 2012. En algunos casos ha sido posible actualizar la bibliografía, en otros, no. El libro tenía que haber visto la luz anteriormente y, sobre todo, en otras modalidades. No fue posible. Por esta razón, agradezco a los autores, Inma, Maite, Núria, Carlos, Quique, Martín, Juan, Manuel y Joan, el apoyo en estos años. Asimismo, la colección de libros electrónicos de Antropología Médica del Medical Anthropology Research Center y Publicacions URV han hecho posible el libro. El *Seminario Cultura, Salud y Cine* es un proyecto en el que he creído e invertido cuantiosa energía y tiempo personales. Y tengo que dar las gracias a mi maestro, Commie, por todas las veces que me ha acompañado en lo profesional y en lo personal, en todas mis elecciones. La posibilidad de compartir y sentirme apoyada es algo que hoy en día, en el mundo académico y en el que no lo es, tiene un valor inconmensurable.

Barcelona, 13 de mayo del 2015.

Filmografía

Benton, R. (1979) *Kramer vs Kramer*. Estados Unidos.
Cardús, L.; Ausona M. y Brigidi, S. (2014) *Entrevista a Beverly Beech*. España. (Vimeo).
Jorda, J. y Villzán, N. (1999) *Mones com la Becky*. España.
Komack, J. (1961-66) *Dr. Kildare*. Estados Unidos. (TV Series).
Miller, G. (1992) *Lorenzo's Oil*. Estados Unidos.
Mingozzi, G. (1962) *La Tarantula*. Italia. 18" B/N.
Moore, M. (2007) *Sicko*. Estados Unidos.
Moretti, N. (1993) *Caro diario*. Italia.
Moser, J. (1961-1966) *Ben Casey*. Estados Unidos. (TV Series).
Shore, D. (2004-2012) *House M.D*. Estados Unidos. (TV Series).
Spielberg, S. (1993) *Schindler's List*. Estados Unidos.
Victor, D. (1969-1976) *Marcus Walby M.D*. Estados Unidos. (TV Series).

Bibliografía

Bacthin, M. M. (1988) *L'Autore e l'eroe: teoria letteraria e scienze umane*. Torino: Enaudi.

Brigidi, S. (2009) *Políticas publicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

— (2014) «Experiencias encarnadas. Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es)». *Journal of Medicine and Movies / Revista de Medicina y Cine*, 10 (3): 118-126.

Bruner, J. (1990) *Acts of Meaning*. Cambrige: Harvard College.

Collectif (1971) «Fellini». *L'Arc*, 45 (2): 26.

Espai en Blanc (2010) *El combate del pensamiento*. Barcelona: Bellaterra.

Frank, A. (1958) *Diario de Anna Frank*. Torino: Enaudi.

Gardner, H. (1994) *Intelligenze multiple*. Milano: Anabasi.

Ginsburg, F. (1995) «The Parallax Effect: The Impact of Aboriginal Media on Ethnographic Film». *Visual Anthropology Review*, 11(2): 64-6.

Gennari, M. (1994) *L'educazione estetica*. Milano: Bompiani.

Menéndez, E. (1984) «El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya,* 3: 85-119.

Ortega y Gasset, J. (2004 [1914]) *Obras completas*. Madrid: Taurus.

Roca i Sebastià, F. (2006) «¿Es la psiquiatría una ciencia?». *Rev. Asoc. Española de Neuropsiquiatrtría,* vol. XIX, 72: 609-617.

Sclavi, M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Milano: Mondadori.

Tosal, B.; Brigidi, S. y Hurtado, I. (2014) «Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas en el trabajo etnográfico en hospitales». En Romaní Oriol (coord.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 191-212.

PRÓLOGO.
CÁMARAS, INFORMES Y HOSPITALES

Joan Úbeda Carulla
Executive Producer and Managing Director of Media 3.14
jubeda@mediapro.es

Los ensayos incluidos en este volumen ponen de manifiesto una verdad que no por sabida es menos potente: el cine y la televisión son un reflejo de la cultura, los valores y las tendencias de nuestra sociedad. En realidad son más que un reflejo, porque, dada su condición de medios de comunicación de masas con una presencia constante en nuestras vidas,[1] nuestra relación con el cine y la televisión (y, cada vez más, con YouTube) es más bien un circuito retroalimentado: el reflejo nos influye y puede llegar a modelar nuestras actitudes y comportamientos.

Esta premisa subyace en todos los textos, tanto en las aproximaciones históricas a la relación del cine con la salud, como en los estudios «sectoriales» centrados en el análisis de la representación por los medios de determinados grupos o experiencias individuales.

Otra característica de los textos es que todos, excepto uno, abordan su objeto «desde fuera», son análisis académicos del producto de terceros (las películas de los cineastas). La excepción es el trabajo de Maite Cruz y Juan Zarco, dos académicos que analizan su propio trabajo —en este caso, su experiencia en el uso de las herramientas audiovisuales para producir un tipo distinto de informe cualitativo—. Los otros textos me han interesado por lo que aportan a mi conocimiento y a mi bagaje intelectual; el trabajo de Cruz y Zarco, además de interesarme, me ha interpelado porque mi trayectoria es justamente la inversa, la de reflexionar «desde dentro». Mi perfil es el de un profesional de la televisión que, a partir de la experiencia práctica cotidiana, ha pensado en términos «teóricos».

1 Estamos rodeados de pantallas y, según los datos de GECA, consumimos casi cuatro horas de televisión al día. Véase: <http://www.geca.es/geca/anuario200506/indice.pdf>.

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 23–32. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

Espíritu documental y ciencias sociales

Cruz y Zarco se interrogan sobre la validez de la narrativa audiovisual para construir un relato académico —un informe cualitativo— cuya temática tiene que ver con la salud. Pero la pregunta es extrapolable a otros ámbitos: ¿hasta qué punto la narrativa audiovisual es compatible con las características del discurso académico de las ciencias sociales?

La relación entre la televisión y las ciencias sociales viene de antiguo, seguramente porque en ambas actividades la entrevista y la observación del comportamiento humano juegan un papel muy importante. Ese vínculo es especialmente potente en el periodismo televisivo y en el género documental, no solo porque a menudo abordan temas de la antropología, la psicología, la sociología, el urbanismo o las ciencias políticas, sino también porque muchos grandes documentalistas provienen de esas disciplinas: antropólogos (Jean Rouch), sociólogos (incontables), incluso abogados —como Frederick Wiseman, uno de los más destacados autores de las últimas décadas cuya obra, que consiste casi exclusivamente en el análisis cinematográfico de instituciones básicas de la sociedad norteamericana, incluye dos títulos directamente relacionados con la medicina: *Hospital* (1969) y *Near Death* (1989)—.

En mi caso, la mayor interacción se produjo con *Ciutadans* (TV3, 1994), una serie de 13 capítulos de 30 minutos que se planteó como una radiografía sociológica, una exploración de los valores de la sociedad catalana, y para la que contamos con el asesoramiento de Salvador Cardús, profesor titular del Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Para esa serie, que dirigí junto con Francesc Escribano, entrevistamos a 500 personas anónimas distribuidas en grupos definidos por una experiencia vital común claramente identificable por el espectador (infartados, separados y divorciados, niños de 7 a 10 años, vendedores, etc.). La producción obtuvo un gran éxito de audiencia y de crítica (su emisión coincidió con uno de los momentos álgidos de la telebasura) y fue galardonada con un premio Ondas Internacional.[2]

Una vez estrenada la serie, Cardús me invitó a compartir con sus alumnos una sesión de análisis para identificar los puntos de contacto y

2 El 28 de mayo del 2013, TV3 emitió el documental *Veus d'una generació,* producido por Media 3.14, en el que, con el mismo dispositivo de *Ciutadans,* y a partir de 50 entrevistas, se hace un retrato de los jóvenes catalanes de entre 18 y 35 años.

de divergencia entre el método de trabajo que nosotros (los de la televisión) aplicamos y el que se hubiera usado en el ámbito universitario. El resultado: televisión y academia trabajan de modo bastante parecido en la obtención de los datos, pero los explotan de maneras muy distintas.

Todo el proceso de planteamiento de objetivos, elaboración de cuestionarios, selección de entrevistados, realización de las entrevistas y transcripción es muy parecido (o mejor dicho, puede serlo si así se quiere). Academia y televisión reconocen el valor de dar la palabra a personajes anónimos cuya importancia reside en su condición de «testigos vivenciales» por haber vivido la experiencia que nos interesa. Justamente, esa puesta en valor de la «experiencia» del sujeto (real y auténtica por cuanto que vivida) en detrimento de la «opinión» (mucho más sujeta a la influencia del entorno más inmediato y de la esfera pública, especialmente de los medios de comunicación) es una de las virtudes de este tipo de trabajos, y se da también en los dos ejemplos que Cruz y Zarco mencionan en su ensayo. En esta fase de recogida de testimonios, la diferencia más importante entre el trabajo de la academia y el de la televisión era la velocidad.

En efecto, una producción televisiva tiene un metabolismo mucho más rápido que su equivalente universitario, y no solo porque hay un presupuesto y unos medios (fundamentalmente personal cuyo único objetivo durante la producción es llevarla a cabo, sin tener que destinar tiempo a la docencia y a otros menesteres), sino sobre todo porque la televisión acelera los procesos: para la gente común, el hecho de que «la tele» se interese por su vida es un poderoso aliciente para aceptar la propuesta de participar en un programa (naturalmente, depende de la cadena y del prestigio del programa y el equipo que lo propone: no es lo mismo aceptar participar en *Redes* [RTVE, 1998-2010], que en *Callejeros* [Cuatro, 2005-Actual] o en *Gran Hermano* [Mediaset España, 2000-Actual]). Y, una vez ha aceptado, la gente se abre mucho más deprisa ante una cámara que ante un investigador. Este fenómeno indiscutible, archicomprobado y ante el que Cardús y sus alumnos quedaban atónitos se produce por dos razones fundamentales: la primera, porque ser escuchado es un privilegio que el poder otorga discrecionalmente —recordemos que los papas y los presidentes «dan audiencias»—;[3] y la segunda, porque toda entrevista es

3 El diccionario de la RAE lo deja bien claro: una audiencia es el «acto de oír las personas de alta jerarquía u otras autoridades, previa concesión, a quienes exponen, reclaman o solicitan algo».

un intercambio entre quien pregunta y quien responde, un trueque del que ambas partes esperan obtener algo. El entrevistador sabe muy bien lo que busca: material para el reportaje o para la tesis. Pero la situación no es simétrica, porque el entrevistado no tiene muy claro qué va a sacar él. Aún así, como es un experimentado consumidor de televisión, puede imaginar algo de lo que el periodista va hacer con la entrevista; en cambio, le es mucho más difícil hacerse una idea de lo que un antropólogo o un sociólogo pueden producir. De ahí que al (buen) periodista le resulte más fácil que al académico ganarse la confianza de la gente.

Sin embargo, a la hora de procesar y usar los materiales recogidos, la cosa cambia: nuestra misión como equipo de televisión era hacer un programa para el horario de máxima audiencia de una cadena generalista y, por tanto, seguíamos la lógica de la narración dramática y tomábamos decisiones que no hubieran sido compartidas desde la academia. Por ejemplo:

- Durante el montaje eliminábamos una parte de la muestra: de las 25 a 50 entrevistas que hacíamos para cada programa,[4] siempre se caían algunas, generalmente porque lo que aportaban ya lo «decían mejor» otros entrevistados o porque no decían nada realmente interesante. («Decir mejor», en nuestro argot, significa decirlo más brevemente, o con más rotundidad, o con más emoción, o con más subtexto; en resumen, «llegar más»).
- De entre las entrevistas que sí aparecían en el montaje final, destacábamos voluntariamente a algunos personajes más que a otros. *Ciutadans* era una serie coral con algunas voces solistas justamente porque la televisión necesita personajes con los que el espectador se pueda identificar y porque un relato construido con 30 o 35 voces con la misma importancia relativa, sin protagonistas y secundarios, resulta cacofónico. Los personajes destacados eran los que «decían mejor» o aquellos cuya historia era más emotiva.
- En ocasiones incluíamos fragmentos de entrevista que no eran necesariamente representativos del conjunto de la muestra. Esto

4 Las entrevistas duraban 45-60 minutos en promedio, y el programa duraba media hora, de modo que la ratio de material grabado/material emitido oscilaba entre 35/1 y 75/1, que no es demasiado elevado para este tipo de producciones.

puede parecer contradictorio con los dos puntos anteriores, pero en realidad forma parte de la misma lógica narrativa. Por ejemplo, en el capítulo sobre los divorciados y separados incluimos un corte en que un participante (varón) explicaba su particular teoría de que las telenovelas tenían parte de responsabilidad en lo que le había ocurrido (y, en general, en el aumento del número de matrimonios que terminan mal) porque «metían ideas raras en la cabeza de las mujeres». Era una opinión aislada, que inducía en el espectador una sonrisa cuando no una sonora carcajada, y que era poco o nada representativa. Pero aparecía en un segmento del programa especialmente duro y actuaba como válvula de escape que daba un respiro al televidente. Es decir, nos servía para modular la tensión dramática.

- Para lo que es la televisión, *Ciutadans* conseguía transmitir un número apreciable de matices dentro de la historia que narraba, pero no podía plantear a la vez dos o más hipótesis o explicaciones: esa limitación es consustancial a la televisión por su carácter de medio lineal. Pero aunque hubiera podido, probablemente no lo hubiéramos hecho: un arco narrativo, una vez planteado, no admite más de una solución. Mejor dicho: dado un arco narrativo puede haber más de un final, pero en el montaje solo vamos a incluir uno porque esa es la lógica narrativa convencional. Es por eso por lo que cuando salimos del cine y decimos que la película «tenía más de un final», se sobreentiende que es una crítica, no una alabanza.

Naturalmente, estas diferencias de tratamiento estaban plenamente justificadas porque eran congruentes con nuestro objetivo. Del mismo modo que Cardús no hubiera aceptado que un alumno, en el contexto de una investigación, se tomara las libertades que nosotros nos dimos, tampoco los responsables de TV3 hubieran aceptado que nuestros programas respondieran más a las expectativas de un congreso de sociólogos que a las del espectador en el sofá de su casa. Y es que lo más importante al pensar en el uso de técnicas de las ciencias sociales en la televisión (o viceversa, al usar la narrativa audiovisual como una herramienta para las ciencias sociales) es ser muy consciente de lo que yo denomino la «ecología comunicativa» en la que se va a insertar esa pieza.

Ese es, en mi opinión, el punto en el que muy a menudo se embarrancan los proyectos audiovisuales realizados desde el mundo de la academia (tanto en ciencias sociales como en ciencias duras) o desde otros ámbitos como el de las ONG o las fundaciones. Tengo la impresión de que, con la mejor de las intenciones, la gente piensa que basta con usar las técnicas audiovisuales («hacer un vídeo», «hacer un documental») para conseguir una comunicación más efectiva. Y eso es solo verdad a medias: se trata de «usar las herramientas adecuadas en la combinación adecuada, con la intensidad adecuada».

Eso pasa, principalmente, por hacerse unas preguntas que a menudo no se plantean: ¿A qué público nos dirigimos? ¿Con qué intención? ¿Cómo se va a consumir ese producto? No es lo mismo dirigirse a personal sanitario (médicos, enfermeras, personal auxiliar) que a familiares, enfermos acabados de diagnosticar, responsables políticos o el público general. Y es muy distinto hacer un vídeo que la gente va a ver en grupo, con una persona que va a conducir un coloquio posterior, que hacer un vídeo que se va a difundir en bucle en un monitor de una sala de espera o en la página web de una asociación. Si uno se hace estas preguntas, las respuestas dibujan un conjunto de criterios que van a determinar el fondo y la forma de la pieza audiovisual (porque no hay ningún mensaje «todoterreno», que sirva para todas las situaciones). Si estos parámetros están claros, la calidad técnica de la ejecución (la experiencia del equipo humano y la mayor o menor sofisticación de los medios técnicos empleados) no es tan determinante como se puede pensar: los posibles defectos técnicos quedan ampliamente compensados por la «pertinencia comunicativa».

Y, finalmente, una vez realizada la pieza, se trata de usarla en el entorno previsto. Parece una perogrullada, pero no lo es: muchas veces he visto como piezas de encargo diseñadas para una ecología comunicativa determinada se usaban en contextos diferentes, minando así su efectividad.

Time is on our side: rodar en el hospital

Los hospitales, y los entornos médicos en general, son un terreno muy favorable para la narración dramática. Desde los tiempos del doctor Gannon en *Centro Médico* (CBS, 1969-1976) hasta las recientemente terminadas *House* (Fox, 2004-2012) y *Hospital Central* (Telecinco, 2000-2012), la ficción televisiva ha cultivado ese territorio con multitud de variantes y declinaciones, como describen en su ensayo Josep M. Comelles y Serena Brigidi.

También el documental ha abordado ese universo, tanto en piezas únicas como en series. En 1998, Francesc Escribano y yo iniciamos la producción de *Bellvitge Hospital* (TV3, 1999) el primer *docu-soap*[5] español. La denominación *docu-soap* es algo engañosa, porque podría tomarse como una indicación de que en estas series se crea un híbrido entre realidad y ficción, que no es para nada el caso (al menos, en aquellas producciones de las que yo he sido responsable). El método de producción se basa en situar en el hospital uno o varios equipos de rodaje (cámara, sonidista y redactor) durante un periodo bastante largo (habitualmente cuatro meses de rodaje diario) en el que ruedan múltiples historias de distintos pacientes y sus interacciones con el personal (médicos, personal de enfermería y auxiliar) y con los familiares. En el montaje se seleccionan las historias con mayor recorrido emotivo y/o divulgativo, que se entrecruzan a lo largo de los capítulos en tramas que pueden plantearse y resolverse en un mismo capítulo, o bien prolongarse a lo largo de varios capítulos.

Estas series se focalizan ante todo en el proceso que sigue el paciente desde su ingreso hasta que es dado de alta; o, en ocasiones, hasta su fallecimiento. Nada de lo que ocurre ante la cámara es iniciado por el equipo de rodaje, que se limita a registrar las interacciones de los personajes con

5 El *docu-soap* es un tipo de serie documental observacional en la que el seguimiento de los personajes se combina en diversas tramas a lo largo de diversos capítulos, resultando en una estructura narrativa similar a la de los *soap opera,* los culebrones. Este género se desarrolló inicialmente en el Reino Unido durante los años noventa y luego se fue adaptado en multitud de países; actualmente el género ya no se produce según los cánones originales, lo que está en boga son formatos derivados basados en personajes de gran telegenia —léase obsesivos, excéntricos, excesivos—. En la búsqueda de la audiencia, especialmente en los Estados Unidos, las cadenas (y los productores) han sacrificado la autenticidad inicial por la espectacularidad de los personajes y las situaciones, que a menudo son estereotipadas y forzadas, cuando no directamente creadas para la cámara. La mayor parte de los programas emitidos por *Discovery Max* y *Explora* son ejemplos de esta evolución de los *docu-soaps*. Pero también existen versiones menos alejadas de los planteamientos iniciales del género, como es el caso de los llamados *fixed rig shows*, en los que se instalan múltiples cámaras robotizadas en entornos como las urgencias de un hospital, o las salas de una maternidad. El objetivo es el mismo, seguir el proceso con la mínima interferencia posible por parte de las cámaras. En España, el único ejemplo de este tipo de producción fue la serie *Baby Boom*, emitida por la Sexta en el 2012.

Bellvitge Hospital, que obtuvo un gran éxito de audiencia y de crítica, fue mi última producción en TV3, puesto que después tomé las riendas de *Media 3.14*, la productora del grupo Mediapro que dirijo desde 1999, y que ha producido otros *docu-soaps* de hospitales para Canal Sur y para Cuatro.

la mínima intervención posible, en un estilo que en el argot documental se llama *fly-on-the-wall,* porque se supone que la cámara capta la realidad como si se tratara de una mosca en la pared, que pasa totalmente desapercibida; esto es una idealización, naturalmente, pero se acerca bastante a lo que ocurre en realidad. En el montaje, las secuencias incluyen una narración en *off* que aporta la información de contexto necesaria para la comprensión de lo que está pasando.

Si pienso en todos los *docu-soaps* de hospitales en los que he intervenido, el tiempo de rodaje acumulado es de, por lo menos, dos años completos. Y justamente el tiempo es el elemento que determina más decisivamente la interacción entre las cámaras (el equipo), la institución y los usuarios.

En efecto, durante el rodaje, el tiempo se convierte en un aliado del equipo. Por un lado, porque el seguimiento del proceso se hace generalmente desde la perspectiva del paciente («al señor Mauricio le han derivado de un centro de asistencia primaria para que le hagan una batería de pruebas que confirmen o descarten el diagnóstico de un posible tumor…»), aunque una vez iniciado el seguimiento, las cámaras recogen situaciones que el paciente no ve pero que le afectan (por ejemplo, sesiones clínicas en las que diversos especialistas valoran los resultados de las pruebas del señor Mauricio y acuerdan el diagnóstico que le será comunicado por uno de ellos). Y la experiencia de estar en el hospital como paciente se compone de largos periodos de espera entre actos médicos relativamente breves. Para el paciente, la monotonía y el aburrimiento son ley. Por eso, cuando alguien acepta que el equipo de rodaje siga su caso, está comprando (sin saberlo) un seguro antiaburrimiento. Esas tres personas del equipo, que habitualmente son jóvenes, van a mostrar un gran interés por todo lo que le ocurra, van a grabar las conversaciones con los médicos y las enfermeras, las pruebas, las operaciones, etc. Pero, además, van a pasar largos ratos charlando con el paciente, bien sea grabando entrevistas o simplemente matando el tiempo, con una frecuencia casi diaria. El equipo de rodaje se convierte en una presencia familiar sin ser de la familia, alguien que está dispuesto a escuchar historias que la verdadera familia ya sabe de memoria.

Desde el punto de vista del equipo de rodaje, esta inversión de tiempo en el paciente es fundamental no solo para saber cómo evoluciona el caso y cuáles son los próximos pasos, sino para ganarse su confianza, para conocerlo y obtener, en las entrevistas, algunas frases que lo perfilen como

individuo, como persona, más allá de la dolencia que le ha llevado hasta el hospital. Para los familiares, el equipo es un aliado en un entorno que suelen desconocer y que, además, tiene una gran ventaja: a menudo está presente cuando ellos no pueden estar (tanto con el paciente como con los médicos) y, por tanto, es una fuente potencial de información adicional.

El equipo también pasa tiempo con los médicos y el personal de enfermería, pero no tanto como con los pacientes (entre otras cosas, porque los sanitarios sí tienen el tiempo muy ocupado). Conseguir su confianza y su colaboración es capital porque de ellos depende el acceso continuado a los casos. Las conversaciones y entrevistas oscilan entre lo profesional (la evolución de los casos, las características de las enfermedades, el funcionamiento del hospital) y lo personal (la vocación, el acostumbrarse a las situaciones duras o a dar malas noticias…).

En términos generales, al cabo de unas semanas de rodaje la presencia del equipo deja de ser una novedad y se convierte en un elemento más del paisaje del hospital.

Otro aspecto que cabe destacar en los *docu-soap* de hospitales es el contraste que se produce entre el imaginario que tenemos en la cabeza y la imagen «objetiva» que se destila del material que llega a la sala de montaje. La imagen «canónica» de un hospital en televisión es una imagen de ficción, porque hay muchas más series dramáticas ambientadas en hospitales que documentales situados en ese universo. En consecuencia, esperamos que la actividad en urgencias sea frenética, que los análisis y las pruebas siempre sean concluyentes, que cada visita aporte un giro inesperado, que en cada operación haya un momento de tensión entre la vida y la muerte… La realidad es mucho más prosaica: la mayor parte de los procesos cursan con relativa rutina, muchas operaciones salen como se esperaba y, en urgencias, a pesar de las colas, se trabaja normalmente con pocos nervios, que son justamente lo menos indicado en ese entorno. Quizá, por ese motivo, en algunas producciones (generalmente de emisoras privadas) se intensifica el valor espectacular del material rodado a través de un montaje muy cargado de efectos visuales y de sonido, con lo que se llega a dar una imagen distorsionada de la realidad de las situaciones.

El producto que resulta de los meses de rodaje (y de montaje) de un *docu-soap* puede describirse como un retrato en positivo de un universo compacto, en el que todos los implicados tienen por objetivo común la curación del paciente (o, por lo menos, su mejoría) y en el que se combinan la información y la emoción. La experiencia demuestra que cuando

se ha ofrecido este tipo de series, el público y la crítica las han acogido positivamente. Más allá de esta primera lectura, sería interesante conocer lo que un análisis académico podría revelar sobre la imagen de la salud que proyectan los *docu-soaps*.

El principal valor de esta colección de ensayos es que se nota que a los autores les gusta el cine y la televisión, pero no son meros fans: sus análisis tienen un planteamiento crítico (no apocalíptico) del que los profesionales, tanto de la salud como del audiovisual, podemos sacar alimento para nuestras reflexiones.

Filmografía

Andrade, A.; Rey, A.; Medori, C. y Moreno, D. (2005-Actual) *Callejeros.* España. (TV Show).

De Mol, J. (2000-Actual) *Gran Hermano.* España. (TV Show).

Escribano, F. y Úbeda, J. (1994) *Ciutadans.* España. (TV Series).

— (1999) *Bellvitge Hospital.* España. (TV Series).

Fernández V.; Sánchez Arévalo D.; Planell D.; Díaz Cortés J. y Díaz Polo, J. (2000-2012) *Hospital Central.* España. (TV Series).

Punset, E. (1996-2010) *Redes.* España. (TV Show).

ShineGroup (2012) *Baby Boom.* España. (TV Series).

Shore, D. (2004-2012) *House M.D.* Estados Unidos. (TV Series).

Ward, Al y Glicksman, F. (1969-1976) *Centro Médico.* España. (TV Series).

Wiseman, F. (1969) *Hospital.* Estados Unidos.

— (1989) *Near death.* Estados Unidos.

DOS MIRADAS Y UN DESTINO: CÓMO PLASMAR LOS RESULTADOS DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LENGUAJE AUDIOVISUAL

Maite Cruz
Escuela Andaluza de Salud Pública
maite.cruz.easp@juntadeandalucia.es

Juan Zarco
Universidad Autónoma de Madrid
juan.zarco@uam.es

Ese «oscuro» objeto de la investigación

Resumen: El interés de este capítulo es presentar *dos experiencias* muy concretas basadas en una investigación social con la utilización de metodología y técnicas cualitativas. La primera recoge la opinión de las personas que cuidan a otras en los momentos previos a su muerte, y la segunda la de protagonistas y personas cercanas de quienes sufren una lesión medular.

Si tenemos en cuenta la premisa más elemental de la ética de una investigación según la cual no puede concebirse la realización de un estudio que no reporte algún beneficio para la población objeto de estudio, lo menos que puede hacerse es devolver los resultados a aquellos a los que "vampirizamos" (Cerrillo, 2009) el discurso. La más utilizada, es la difusión de los resultados de una investigación en forma de artículo científico o libro. Pero la utilización de vídeos o documentos audiovisuales basados en investigaciones sociales está permitiendo, no sólo compartir el trabajo con las personas entrevistadas, sino que se divulguen y discutan sus contenidos. Lo que esto puede tener de potencial supera con creces a sus limitaciones: accesibilidad, posibilidad de poder discutir los resultados, servir de material de base para otras investigaciones, ser un punto de partida para acercarse a temas "sensibles" (la discapacidad o la muerte),

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 33–58. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

su enorme posibilidad como recurso docente, apertura del lenguaje visual frente al encorsetamiento académico, etc. Entre sus dificultades: ¿cómo conseguir que un vídeo refleje el trabajo de toda una investigación? ¿qué contenidos deben aparecer en el vídeo? ¿cómo diferenciarlo del periodismo de investigación?

Palabras clave: investigación social; Método Cualitativo; experiencias; cuidado; lesión medular

Abstract: The aim of this chapter is to present *two* very specific *experiences* based upon a social science research approach through qualitative methodology and techniques. The first one gathers views of people who take care of other people while in the process of death, and the second one collects the views of those who suffer from spinal cord injury and the people close to them.

If we consider the most basic premise of the ethics of a research approach according to which it is inconceivable to conduct a study that will not produce a benefit for the studied population, the least one can do is to return the results to those who have been "vampirized" their discourse in the process (Cerrillo, 2009). The usual way is the publication of research results as a scientific paper or book. Yet the use of video films or audio-visual documents based on social research is allowing not only sharing the work with the interviewed people, but to disclose and discuss its content. The potential of this exceeds by far its limitations: accessibility, the possibility to discuss the results, to serve as starting material for further research or to approach "sensitive" issues (disability or death), its enormous prospect as a teaching resource, the fact that it opens up the visual language against academic constraints, etc. Among its challenges: how can a video film reflect the work of a whole research project? Which content should appear in it? How can it be differentiated from investigative journalism?

Keywords: social research; Qualitative method; care; spinal cord injury

El primer paso de cualquier investigación, el primer plano si seguimos cierto paralelismo con el lenguaje cinematográfico, es definir su objeto. Imaginemos por un instante que queremos investigar, dirigir una película, sobre un determinado problema de salud. Tras revisar las fuentes bibliográficas sobre el tema y precisar una estructura narrativa y visual que incluya actores y localizaciones, definiremos dicho objeto. Si nuestra investigación, nuestra película, aborda el tema de la salud, llamémosle del género salubrista, puede que la concibamos sobre la definición que la Organización Mundial de la Salud planteó hace casi ya 70 años y entendamos la salud como ese «estado de completo bienestar físico, mental y social, [y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades]». Pero si, como la propia etimología de la palabra *investigar* nos sugiere (seguir las huellas o vestigios que la presa va dejando en el camino), nuestro guion busca inspiración más allá de esa primera aproximación, quizás intuyamos que la definición de salud que en su día planteó la OMS encierra un problema epistemológico importante: asumir que hay un consenso universal sobre lo que significan *salud* y *bienestar*, sin reflexionar sobre que ambos conceptos no son solo una cuestión científica, sino que se construyen de acuerdo con intereses sociales y políticos (Navarro, 1998). Muestra de ello es el efecto que tiene, entre otros, en los actuales procesos de medicalización de las poblaciones y la privatización de los servicios sanitarios.

Por tanto, acatar esta definición de salud en su sentido más amplio nos exigirá al menos tomar en consideración aquellos espacios sociales, intersubjetivos y simbólicos en los que la salud se dirime. Escenarios, a poco que profundicemos, plagados de actores y procesos que, por definición, son siempre sociales y, precisamente por ello, complejos, poliédricos y experimentados desde determinadas subjetividades.

Ese tranvía llamado método

Ahora bien, si en este juego cinematográfico el guion no estuviera definitivamente cerrado y su desarrollo narrativo no fuera lineal y otorgara una oportunidad a la improvisación y participación de los actores, aún siendo indiscutiblemente clave el papel del director, se podría contar o grabar una historia tan llena de matices como lo es la de los individuos que protagonizan las investigaciones sociales que continuamente realizamos. La utilización de técnicas cuantitativas nos ofrece una fotografía estática del fenó-

meno que estudiamos, es decir, muestra una panorámica de lo que ocurre. Y tener «fotografías» es muy útil en el ámbito de la salud, ya que indican a quiénes, dónde y cuándo suceden los hechos que desde el ámbito de las políticas públicas y organizaciones sanitarias se quieren transformar. Pero, con las técnicas cualitativas, la fotografía termina convirtiéndose en «cinematografía» al mostrar lo que ocurre en ese instante, respondiendo al cómo y por qué de un determinado fenómeno (Monsalvo, 2013).

Si, como ya se ha visto, aceptamos la fragilidad que tienen los conceptos de *salud* y *bienestar*, o su ausencia, ¿qué sucede si lo trasladamos al campo de las poblaciones? En el campo de la salud, la disciplina que tradicionalmente se ha ocupado de la salud de la colectividad ha sido la epidemiología, normalmente, desde la perspectiva de mera agregación de individuos. Para muchos, la epidemiología solo se ha concebido como método epidemiológico, es decir, reducido a la estadística y a los métodos cuantitativos. Asimismo, tradicionalmente los estudios referidos a las llamadas *ciencias de la salud* se han constituido como un conjunto de disciplinas integradas en las ciencias de la naturaleza en las que ha primado el paradigma biomédico. Un paso más allá en este paradigma ha ido de la mano de la MBE (medicina basada en la evidencia) y su búsqueda de la mejor evidencia científica disponible en la toma de decisiones clínicas. El carácter hegemónico del modelo biomédico positivista y de la llamada medicina basada en la evidencia reduce la biopsicosociografía del cuerpo humano a patología, y la subjetividad del paciente se diluye en una forzada objetividad de signos y cuadros clínicos (Serrado, 2004). Y, todo ello, pese a los esfuerzos auspiciados desde otras disciplinas sociales y antropológicas cuyo desarrollo se ha producido en una situación radicalmente asimétrica con el desarrollo y consolidación de un modelo biomédico altamente complejizado frente a otros métodos más cualitativos. De poco ha servido el reconocimiento de la validez que este tipo de estudios puede proporcionar (Mira, 2004) y hoy en día su impacto sigue siendo bajo (Shuval, 2011).

No obstante, desde la propia epidemiología hay «desertores» para los que el estudio de lo colectivo no puede permanecer ajeno a las ciencias sociales (Grypdonck, 2006),[1] y se critica firmemente la promoción de

1 No obstante, hay que reconocer que, desde todos los ámbitos, ya sean los más biomédicos o antropológico-sociales, sentimos fascinación por lo metodológico antes que por el propio objeto. Prueba de ello es este mismo capítulo que se propone revisar un método para tras-

jerarquías acerca de métodos en lugar de enfatizar la variedad de tipologías y el pluralismo metodológico en la investigación (Petticrew, 2003). Y es que no todas las películas pueden ser de la factoría hollywoodense y triunfar en la gala de los Óscar.

De la misma manera que el mestizaje y la fusión hacen otras músicas posibles, haría falta una «epidemiología mestiza», un mestizaje entre lo biomédico y lo social, entre lo clínico — individual y psicosocial— y lo colectivo, entre lo técnico y lo político (Segura del Pozo, 2007). O, como llaman otros, un «carácter híbrido» y fronterizo entre la ciencia de lo natural y lo social, tal y como tradicionalmente antes ejercían las profesiones médicas entre la observación de los «signos» (datos) y su interpretación de los «síntomas» (palabra) (Conde, 2002). Esta tensión síntoma/signo en la práctica médica es equivalente a la tensión cuantitativo/cualitativo en el abordaje de la salud. Trascender este ámbito, ser capaz de anotar objetividades y cartografiar subjetividades, nos acercará a un dibujo más aproximado del mapa individual y social de la salud y sus procesos. Entroncado con algo ya dicho hasta la saciedad en las ciencias sociales, no se trataría de utilizar arbitrariamente uno u otro método, sino de adecuar el método en función del objeto de estudio. O, si se prefiere, de justificar la necesidad para la mejor comprensión del fenómeno de un pluralismo metodológico (Beltrán, 1985), de un modelo integrador o al menos de una complementariedad metodológica (Baum, 1995; Menéndez, 2009).

Pero hoy en día, no lo olvidemos, también hay películas malas y mucha serie B. Así que es obligado hacer un ejercicio de crítica y revisión del maltrecho avance de la metodología cualitativa en el ámbito de la salud. Si revisamos la enorme proliferación de los estudios cualitativos, estos han trascurrido, en muchas ocasiones, ajenos a unos adecuados criterios de calidad (Calderón, 2002). Cuando un determinado hecho social no puede medirse, inmediatamente surge la posibilidad de hacer una entrevista o un grupo focal. La formación biomédica que reciben los profesionales sanitarios los empuja a conocer, aunque sea de manera básica, la tecnología básica de la estadística, pero ¿se forman los profesionales sanitarios en otras metodologías? De igual manera que se propugna una medicina basada en la «afectividad» (Jovell, 1999), la profesión médica podría servirse de una medicina más humanista y no ajena a la impregna-

ladar las investigaciones cualitativas a formatos audiovisuales. De aquí el interés de haber añadido una reflexión previa sobre el objeto de estudio.

ción de los valores y creencias, y a la interpretación de la palabra, inherente a su práctica profesional.

En definitiva, existen tantas formas de acercarse al estudio de la salud (y de su pérdida), como formas de mirar e interpretar un determinado fenómeno. Según el paradigma teórico que utilicemos, según el encuadre y la iluminación que escojamos, seleccionaremos o registraremos una u otra realidad. Si se trata de formas de mirar, no cabe duda de que la investigación cualitativa nos ofrece un «mirar tuerto» (en expresión de Alfonso Ortí) sobre un determinado hecho social. El paisaje que se ve desde la ventana que mira al norte no puede completarse con el balcón con vistas al sur, si bien ambos, siempre que estén situados en la misma planta, es decir, compartan objetivos, podrán ofrecernos una visión más amplia del paisaje y, por tanto, del fenómeno objeto de estudio.

Si decidimos, siguiendo la acertada expresión de Luís Enrique Alonso, tener una «mirada» cualitativa (Alonso, 1998) sobre un determinado fenómeno social, ¿por qué no abrir esa mirada y explorar las posibilidades del lenguaje audiovisual?, ¿por qué limitarnos a utilizar siempre los mismos métodos tanto en el desarrollo de una investigación como en la difusión de sus resultados?, ¿no son los métodos cualitativos en sí mismos una combinación de estrategias para recoger imágenes de la realidad con un importante componente artesanal?[2]

Dos experiencias: De muerte somos todos y 5 segundos

En una hipotética confrontación de la imagen (lo que se ve) frente a la palabra (lo que se escucha), gana la palabra. Mientras la imagen lo da todo hecho, la palabra exige y nos interpela. Pero esta sería una división simplista, en el fondo, depende de nosotros lo que veamos de lo que se nos muestre, y para ello, debemos «aprender a mirar» (Esquirol, 2006). Así que para continuar leyendo este capítulo, le recomendamos encarecidamente que se levante, encienda el ordenador y dedique unos minutos a «mirar» los documentales *5 segundos* y *De muerte somos todos*. No obstante, haremos a continuación una breve presentación de estos.

2 Cita de Janice Morse en Abad, M., *et alii*, (2007) «Lectura crítica de una investigación cualitativa en salud».

De muerte somos todos

Hay un momento del vídeo *De muerte somos todos* en el que se ve el reflejo de unas uñas pintadas a través del cristal de una mesa camilla. Las manos hablan y gesticulan mientras una voz sentencia: «es que… de muerte somos tó el mundo». Esta es la expresión contundente con la que una mujer sostiene su discurso a la cámara: es la certeza absoluta de que todos moriremos. Esta sentencia esconde otra verdad que rodea al hecho de morirse y es su conjugación en tercera persona: siempre es otro el que se va y de ahí la dificultad de hablar de la muerte (Marzábal, 2007). Con estas dos premisas bajo el brazo, y con todas las limitaciones que surgen al asumirlas, se planteó la realización de una investigación social y su plasmación en un vídeo. No teníamos más pretensión ni interés que aportar elementos para la reflexión sobre la muerte, un tema, en principio, tabú en nuestra sociedad.

Muchos son los materiales audiovisuales, básicamente películas y documentales, que versan sobre este tema. La mirada hacia estos recursos puede hacerse con un análisis narrativo, es decir, con una «racionalidad narrativa», que acentúe el poder de las metáforas y las realidades particulares, concretas y subjetivamente vividas de los personajes (Marzábal, 2008), o, como se propuso para la realización de este trabajo, una «racionalidad discursiva», que recogiera testimonios, organizara la información, seleccionara un orden y construyera un relato, es decir, se construyera sobre el proceso propio de toda investigación.

La disposición adicional primera de la *Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte* (BOJA*, 2010)* instaba a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a elaborar «en el plazo de un año, un estudio sobre cómo mueren los andaluces con el fin de evaluar con regularidad la aplicación y efectos de la presente ley». Para recopilar información sobre los efectos que esta estaba teniendo entre la ciudadanía andaluza, se plantearon una serie de estudios que dieron origen al informe *Cómo mueren los andaluces* (Simón, 2012). Entre ellos, se realizó una investigación con metodología cualitativa, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención recibida por los pacientes al final de la vida. Tras un proceso de reflexión, no solo científica, sino también ética, sobre quién puede ser sujeto de dicha evaluación, se decidió preguntar a familiares y cuidadores antes que a los propios pacientes que estaban próximos a la muerte. Las personas cuidadoras podían ser buenas

«sustitutas», sobre todo, y esto es interesante de cara a la investigación que nos proponíamos hacer, cuando se evalúan procesos del ámbito público como es la calidad de la atención. En el caso de haber querido recoger aspectos más individuales e íntimos de las personas, como son el dolor, la ansiedad o el estado de ánimo, los pacientes (sorprendentemente) suelen ser más positivos que sus familiares (Addington-Hall, 2001). Aún sabiendo que las personas cuidadoras no proveen exactamente la misma información que los pacientes y que ello puede ser un sesgo o limitación del estudio, ello no nos eximió de considerar a familiares y cuidadores sujetos de investigación (Krouse, 2004).

Para cumplir este objetivo, se realizaron diez entrevistas individuales. En los estudios sobre el final de la vida, es una técnica que tiene más ventajas frente a otras para estudiar temas delicados y que requieren un ambiente íntimo. Tras definir los criterios de segmentación que permitieran recoger una variabilidad discursiva sobre el tema, se realizó el trabajo de campo en diversos lugares de Andalucía y con diferentes perfiles tanto de familiares y personas cuidadoras, como de los fallecidos y sus causas. Una vez transcrita la información, los discursos se analizaron siguiendo un análisis por categorías (Conde, 2010). Mientras que el análisis por temas busca principalmente clasificar los contenidos de un texto, el análisis por categorías persigue el desarrollo de cierta conceptualización con la consiguiente explicación más teórica. Esta clasificación es importante puesto que es la que sirvió de eje para darle estructura narrativa al vídeo.

En realidad, los pasos que siguió el equipo investigador son los andados por cualquier investigación cualitativa. Por eso, no haremos perder mucho más el tiempo al lector o lectora de este texto con los detalles referidos a su desarrollo, para sí ocuparnos de lo que nos proponemos desgranar sobre la manera en que los testimonios y resultados de este estudio se terminaron plasmando en un vídeo.

5 segundos

Aunque el documental *5 segundos* se estrenó el año 2007, para situar su génesis hemos de remontarnos al otoño del 2003, cuando la organización ASPAYM-Madrid[3] solicitó la realización de un estudio sociológico sobre

3 ASPAYM son las siglas de la Asociación de Parapléjicos y Grandes Minusválidos.

la especial situación de las mujeres con una lesión medular grave (con consecuencias de paraplejia y tetraplejia). En aquel momento, defraudamos la expectativa del equipo de su sección de mujeres y, en lugar de proponerles una encuesta, como esperaban, les ofrecimos la realización de un estudio cualitativo. Salvadas las usuales reticencias iniciales, planteamos un trabajo de campo consistente en la realización de cuatro grupos de discusión con mujeres con lesión medular de diferentes perfiles. La cantidad, calidad y riqueza de los datos obtenidos generaron un informe de investigación cuyos resultados se plasmaron en el libro *El espejo social de la mujer con gran discapacidad*.[4] Su difusión, sin embargo, desde el principio nos pareció muy limitada. Pese al interés de sus contenidos (lo que se afirma sin ninguna modestia, ni falsa ni auténtica, pues se trata de una pura devolución, interpretada, de la propia realidad social que nos había sido relatada), el esfuerzo de la lectura de un libro, fuera del contexto académico, intelectual o profesional, se reveló complejo para la mayoría de las personas que supimos que tuvieron acceso a él.

El año siguiente, el 2005, el mismo equipo fue solicitado para una posible continuación o ampliación del estudio anterior. Sopesadas distintas posibilidades y basándonos parcialmente en los hallazgos de la investigación anterior, propusimos la realización de una segunda parte en la que fueran los familiares directos (dada la relevancia del grupo familiar primario), y no las propias mujeres afectadas de lesiones medulares, quienes relataran y describieran, también en el contexto de un estudio cualitativo, sus vivencias acerca de sí mismos y su relación con su familiar con discapacidad. En ese contexto planteamos, y realizamos, una investigación con seis grupos de discusión, dos compuestos por madres de mujeres con gran discapacidad, uno con padres, otro con hermanos y hermanas, otro con parejas y, finalmente, otro con hijos e hijas.[5] Los hallazgos de ese segundo abordaje empírico confirmaron ampliamente lo aprendido en el estudio anterior, si bien introdujeron una serie de matices de trascendencia para la comprensión holística de la situación de discapacidad al conocer de pri-

4 El libro *El espejo social de la mujer con gran discapacidad* (Garcia de la Cruz y Zarco, 2004) contiene en lo esencial los resultados de la investigación aludida. Allí pueden consultarse todos los datos relativos a metodología, composición de los grupos, ficha técnica, etc., además del análisis e interpretación de los resultados.

5 Los resultados de esta segunda parte de la investigación también están publicados, en versión resumida, en García de la Cruz y Zarco (2006) y más extensa, en García de la Cruz y Zarco (2007).

mera mano el punto de vista de los distintos familiares. En cuanto a la publicación y difusión de los resultados, desde la asociación que auspició el estudio se nos transmitió el deseo de que el libro que los contuviera fuera menos «ladrillo» que el anterior (que en verdad constó de apenas 200 páginas prácticamente desprovistas de las habituales, pero engorrosas, citas académicas). A tal efecto diseñamos y realizamos una especie de «guía de consulta» para familiares de personas con discapacidad con algunas de las claves discursivas y apenas trabajo de análisis (García de la Cruz y Zarco, 2006), que fue muy bien recibida pese a contener, para ser honestos, un escaso contenido hermenéutico. Aún así, los autores de la investigación publicaron un texto más completo y complejo (García de la Cruz y Zarco, 2007) que tuvo por título el nada políticamente correcto *La familia discapacitada*. Más allá de la extensión de la situación de discapacidad al grupo familiar, que desde luego también, tal título contenía una provocación e invitación a la lectura. Su difusión lamentablemente fue muy inferior a la de la obra del primer estudio.

Como sea que el desmantelamiento del estado de bienestar aún no había comenzado su devastadora escalada hasta la situación actual, por tercer año consecutivo la Asociación ASPAYM-Madrid fue subvencionada para continuar el estudio de la situación social de las mujeres con gran discapacidad, y también por tercera vez se recurrió al mismo equipo. Por aquel entonces habría parecido que el paso más evidente en la investigación en desarrollo hubiera sido extender las indagaciones a nivel del conjunto de la sociedad (habida cuenta de que la primera fase se centró en las protagonistas, y la segunda, en su entorno social más próximo: la familia). Dos motivos explican que tal paso decidiera no darse, y, a la vez, el porqué de la opción audiovisual que finalmente se siguió. En primer lugar, el abordaje de un estudio sobre la percepción, actitudes, u otras cuestiones, de la sociedad española ante la discapacidad necesariamente debería acometerse por medio de una encuesta. Las limitaciones metodológicas nos sugerían la necesidad de abandonar la estrategia cualitativa que tan excelentes frutos nos había dado. Y eso mismo explica la segunda razón. No fue una cuestión de fidelidad a una metodología (que, insistimos, siempre ha de ser función del objeto de estudio, y no al revés), sino más bien de fidelidad a los sujetos que participaron en las dos fases anteriores, de una parte, y de fidelidad o compromiso con los resultados hasta el momento obtenidos. No estábamos nada satisfechos con el nivel de devolución que habíamos alcanzado con la publicación de esos tres libros y nos parecía,

aún nos lo parece, que no podíamos dar por concluido nuestro trabajo hasta que consiguiéramos un nivel de difusión acorde, como mínimo, al nivel de comprensión alcanzado gracias a la implicación de las personas con las que habíamos trabajado.

Esos dos conjuntos de motivos fueron los que nos llevaron a intentar poner en marcha una idea basada en el uso de los medios audiovisuales en el contexto de la investigación social cualitativa (que llevábamos años acariciando) y que planteamos como última fase de la investigación y, por así decir, su colofón. Se trataba de reunir, en formato audiovisual, los resultados de casi tres años de investigación cualitativa sobre discapacidad. Resultados a los que, hasta el momento, nos parecía que no habíamos sido capaces de hacer justicia.

¿Por qué hacer un vídeo a partir de los resultados de una investigación cualitativa?

Hay muchos trabajos que reflejan las posibilidades y utilización de técnicas visuales aplicadas a la investigación cualitativa (Banks, 2010; Emmison, 2012), por lo que no es objetivo de este capítulo centrarse en su exposición.[6] El interés de esta reflexión es la de aportar elementos que orienten a otros investigadores e investigadoras que persigan iniciarse en propuestas similares. La mayor parte de estos argumentos son meramente intuitivos y nacen de la experiencia desarrollada por ambos autores.

Para intentar responder a esta cuestión nos basaremos en al menos cinco argumentos.

1. El aspecto narrativo de la imagen. Susan Sontag en *Sobre fotografía* atribuye al célebre fotógrafo norteamericano Lewis Hine la siguiente afirmación: «Si pudiera contarlo con palabras, no me sería necesario cargar con una cámara» (2006: 258). Aunque su obra fotográfica es bien conocida,[7] no lo es tanto el hecho de que

6 Por ejemplo, un documental realizado por un equipo de producción e investigación de la EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública) llamado *Al final tú decides* sirvió como base para profundizar en la información del estudio cualitativo realizado por los investigadores del IESA-CSIC (Instituto Estudios Sociales Avanzados de Andalucía). Véase Cerrillo Vidal J. A. y Serrano del Rosal, R. en *Una aproximación a los discursos de los andaluces ante la calidad en el morir.*

7 Sobre todo su trabajo *Men at work*, que contiene el célebre reportaje gráfico de la construcción del *Empire State Building* de Nueva York donde se disparó la foto de un puñado de

Hine era sociólogo, y la afirmación anterior, salvando las distancias, refleja bien parte de nuestras motivaciones al elegir el formato audiovisual: no somos capaces de contar algunos aspectos de los resultados de nuestras investigaciones con palabras. O, al menos, nos parece que mediante medios audiovisuales podemos expresarlo mejor. El lenguaje audiovisual es más sencillo y, a la vez, tiene más capacidad emotiva, puede transmitir sensaciones o elementos de la investigación que son más complejos y sutiles. El tono de voz, el movimiento de manos, la expresión de los ojos de los entrevistados… pueden decir lo mismo o más que la lectura textual de un discurso.

2. El objeto de investigación. Hay temas y… temas. Es posible que plantear una investigación para recoger los discursos sociales sobre la discapacidad o la muerte no tenga la misma carga simbólica que hacerlo sobre nuestras pautas de alimentación o la evaluación de la atención recibida durante una visita médica. Como hemos visto, los vídeos que han trabajado estos investigadores esbozan temáticas que rozan, a ratos, el tabú y, en ocasiones, el desconocimiento. Por no decir que ambos tienen la peculiaridad de no ser fácilmente visibles ni discutidos en nuestra sociedad, son temas «feos» en los que todos, a excepción de los afectados, prefieren mirar para otro lado. Las grabaciones de estos vídeos sacan a la luz ambas realidades.
3. La utilización del vídeo como medio de difusión de resultados de una investigación nos parece, en cierta manera, más «democrático». Esta idea se imbrica en el marco ético que debe contemplar cualquier investigación cualitativa al asumir entre sus requisitos fundamentales el devolver la información a los participantes en la investigación y hacerlos partícipes de los resultados de esta (Simón, 2006). Publicar en revistas con factor de impacto puede tener un interés muy alto para la comunidad científica y, sobre todo, para nuestro currículum, cuestión bien diferente es que las personas que participan en los estudios que hacemos accedan a dichos resultados, por no hablar de lo deseable que sería, además, que lo hiciéramos de manera comprensible. La dificultad,

obreros tomando alegremente su almuerzo sentados sobre una viga de metal a cientos de metros de altura, que ha sido muy reproducida.

dadas las características inherentes de la investigación cualitativa de incorporar elementos éticos, puede solventarse precisamente al registrar los discursos de los sujetos, dar voz a los que normalmente no la tienen y transmitir sus vivencias mediante la sensibilización y puesta en contacto de la experiencia de investigadores e investigados (Cerrillo, 2009). Con este ejercicio de traslación de los resultados al lenguaje audiovisual estaremos, en definitiva, incrementando el capital ético de nuestras investigaciones.

4. Es un instrumento docente muy potente. Cada vez es más frecuente la utilización del cine y otros documentos audiovisuales como recurso pedagógico en el ámbito de la medicina. Las narraciones, ya sean visuales o escritas, ayudan tanto a hacer visible el sufrimiento y la muerte como a desarrollar capacidad de empatía y hábitos de deliberación (Ogando, 2008; Astudillo, 2007). Los textos que actualmente se utilizan en las facultades de medicina permiten a los futuros profesionales conocer el hecho biológico, pero la literatura, el cine y el vídeo pueden aportar una mejor comprensión de las consecuencias personales y emocionales de las enfermedades. Y, en este sentido, entronca perfectamente con el interés de la metodología cualitativa de conocer los fenómenos desde la perspectiva de las propias personas o sujetos protagonistas de las acciones. Tal vez, como señala lúcidamente Azucena Couceiro (2009), podríamos hablar de dos niveles complementarios en la utilización del cine como instrumento docente en la formación de los profesionales sanitarios. Por un lado, las narraciones permiten que se gesten emociones reflexivas ante dilemas concretos y particulares, pero, además, en un segundo nivel, ayudan a generar competencias para resolver problemas y pasar de lo particular a lo general, es decir, «la ventaja de la concreción de la narración no puede hacer perder de vista, en un marco docente, el momento de la universalización, desde el cual poder criticar con argumentos las propuestas narrativas, por definición concretas, metafóricas y gestadas desde determinados referentes culturales» (Couceiro Vidal, 2015).[8] En este sentido, realizar vídeos, por ejemplo, que aborden problemas de

8 <http://www.edicionesmedicas.com.ar/Actualidad/Articulos_de_interes/El_cine_y_la_ensenanza_de_la_bioetica>.

salud facilita a profesionales sanitarios contrastar sus prácticas profesionales con las valoraciones, emociones y discursos con los que la ciudadanía entiende estos fenómenos y poner en común los valores que ambos manejan.

5. El vídeo invita a un ejercicio de reflexividad visual sobre el objeto de estudio (Calderón, 2011). Ya sabemos que la intervención del investigador existe siempre: selecciona la información, la categoriza, la descuartiza y, en definitiva, la reinterpreta. Y, además, este proceso es imprescindible si, como señala Bourdieu, lo que pretendemos es «objetivar el sujeto» para que pueda considerarse realmente científico (Bourdieu, 2003). En *5 segundos* el trabajo de investigación cualitativa había desvelado un clarísimo proceso de doble discriminación social sufrido por las protagonistas (por su condición de mujeres y de personas con discapacidad) ejemplificado en los numerosos contextos sociales de donde eran excluidas por el efecto de un mecanismo de estigmatización. Como, además de la perspectiva de las protagonistas, el trabajo indagó en los puntos de vista de los distintos familiares (madres, padres, hermanos/as, parejas e hijos/as de mujeres con gran discapacidad) se había logrado una imagen más o menos completa de la construcción social de su «identidad deteriorada» (Goffman, 1970), que necesariamente pasó por comprender también la de su entorno social más directo (los familiares aludidos). Por tanto, habíamos alcanzado cierta comprensión del fenómeno de la discapacidad física, padecida por mujeres, y conocíamos la definición de la situación que ellas mismas y sus familiares manejaban para explicarse; todo ello producto del análisis e interpretación de sus discursos, generados estos en el contexto de una investigación con grupos de discusión. *De muerte somos todos* no se limita simplemente a presentar los discursos de las personas entrevistadas, sino que atraviesa una concepción cultural de la muerte. Si, como dice I. Heath (2008), el don del poeta es aclarar sin simplificar, esto es exactamente lo opuesto al don de la ciencia, que busca comprender mediante la simplificación. Y es a través de la poesía, el cine o la literatura como, desde nuestra perspectiva, podemos acercarnos a comprender mucho mejor la enfermedad, el dolor o la muerte. Marc Antoni Broggi (2013), en *Por una muerte apropiada*, señala que a la hora de escribir sobre la muer-

te le ha resultado mucho más interesante lo contado por poetas y artistas que las teorías de los grandes pensadores sobre el tema. Esta concepción de la muerte está presente tanto al inicio como al final del vídeo, donde aparecen fragmentos de la propia I. Heath, J. Berger, Tolstoi, los Hermanos Grimm, etc. Es un inicio y un cierre no expresado explícitamente las personas entrevistadas, pero que constituye nuestra mirada «reflexiva» e investigadora sobre la muerte.

Investigación y rodaje: preparados, listos, acción

Aunque probablemente respondería a un planteamiento más coherente describir el proceso de la realización de un vídeo basado en una investigación cualitativa incluyendo todos los pasos en modo «plano secuencia», se ha decidido presentar esta reflexión en forma de «*flashes* y fundidos en negro». Se trata de una propuesta con preguntas y respuestas nacidas de la experiencia propia tras la realización de *De muerte somos todos* y *5 segundos.* Para ello, proponemos basarnos en cuestiones básicas para la realización del vídeo que giren sobre el siguiente esquema:

Proyecto investigación cualitativa	*Proyecto audiovisual*
Pregunta investigación y marco teórico	Elaboración del guion del proyecto
Diseño del estudio: selección de método y técnicas, criterios de segmentación, identificación de personas que entrevistar, lugar de realización de entrevistas…	Preproducción: *storyboard*, escenografía, *atrezzo*, localizaciones, *casting* actores, vestuario…
Trabajo de campo	Rodaje: filmación, grabación de entrevistas
Análisis de la información	Montaje y posproducción de imágenes y sonido
Elaboración del informe	Distribución del vídeo final

Tabla 1. Comparación del desarrollo del proyecto de investigación con metodología cualitativa y el proyecto audiovisual. Fuente: elaboración propia.

• *¿En qué orden se trabaja?, ¿es necesario en primer lugar hacer una investigación y después el vídeo, o se pueden hacer a la vez?*

Hay aspectos de la investigación que necesitan un desarrollo independiente del vídeo, mientras que otros deberían coordinarse y plantearse de forma paralela. Nuestra recomendación es realizar, por una parte, un protocolo de investigación de manera rigurosa y, por otra parte, el proyecto audiovisual, e ir caminando juntos y en continuo diálogo. Mientras el primero se ajusta, sobre todo, al canon científico, el segundo es fundamentalmente creativo. Si se tratara de una investigación cuantitativa, estas fases serían intrínsecamente lineales. En el caso de la investigación cualitativa, aunque, en general, estas fases suelen responder a un desarrollo más o menos también lineal, al plantearse como un diseño abierto, la realización de una fase no conlleva necesariamente la realización de la anterior. Esta reflexión abre una puerta a la revisión continua de la investigación, lo mismo que sucede con el proyecto audiovisual.

En *De muerte somos todos* se desarrollaron de forma independiente el protocolo de investigación y el proyecto audiovisual, pero el trabajo de campo se hizo de forma simultánea a la grabación de las entrevistas. Esto presentó algunos inconvenientes durante el proceso de grabación. En este caso, no había localizaciones previas ni sabíamos qué características de luz y sonido tendrían los espacios habilitados para las grabaciones. Aunque hubo un trabajo de preproducción y preparación del rodaje y trabajo de campo intentando en todo momento que se dieran las mejores condiciones posibles para la grabación, ello no aseguró ni que se dieran las condiciones idóneas ni que se obtuviera de antemano permiso para la grabación de estas. Pese a que durante el proceso en el que se contactó con las personas que iban a ser entrevistadas se habían explicado someramente los objetivos de la investigación y la posibilidad de que, si nos daban su consentimiento, queríamos grabarlas en vídeo, la realidad con la que se encontró el equipo de investigación fue bien diferente. Los entrevistados, en general, no tenían ningún inconveniente en que grabáramos las entrevistas en audio, pero sí ofrecieron algunas resistencias a que lo hiciéramos en vídeo. La relación de poder simbólica inherente a toda investigación social ejercía un efecto claro y directo sobre las personas entrevistadas, pero recoger su testimonio ante la cámara provoca más resistencias. El anonimato que se esconde tras la palabra es imposible de salvaguardar cuando se nombra y se le pone un rostro. Y esto, posiblemente unido al

escaso tiempo que tuvimos para preparar el trabajo de campo y grabación, provocó esta negativa. Para evitarla, y siempre que el presupuesto lo permita, lo mejor es establecer un diálogo previo cara a cara en el que se explique el objetivo de la investigación o, lo que es lo mismo, llevar a cabo un verdadero y completo proceso de consentimiento informado[9]. La imposibilidad de grabar a algunas de las personas entrevistadas repercutió notablemente en el montaje y proceso de posproducción del vídeo, en el que se tuvo que improvisar con otras imágenes y recursos audiovisuales que, o bien se grabaron ex profeso, o se compraron a través de bancos de imágenes.

Esta situación es bien diferente a la que se dio en *5 segundos*. El equipo de investigación ya había realizado una investigación previa sobre el tema, por lo que, de alguna manera, se buscaba reproducir dicha investigación que tan excelentes resultados había dado ya. Como el grueso de los datos de la investigación previa se había producido en el contexto de grupos de discusión, reproducir esa misma situación, grabándola en vídeo, podía parecer, en principio, la opción más evidente. Pero enseguida se descartó, de una parte por la complejidad de la grabación (contactación más difícil, infraestructura técnica, etc.) y, de otra, porque se quería contar con testimonios individuales lo más veraces, próximos y matizados posibles, y, para ello, los discursos producidos en situación de entrevista en profundidad, cara a cara, parecen los más adecuados. Ya se había decidido que el grueso del contenido audiovisual debía basarse en los testimonios a cámara, pero no se contaba con un plan de rodaje ni, por supuesto, con un guion de estructura narrativa. Lo que se hizo finalmente fue replicar el trabajo habitual de una investigación, pero con una variación en la captura y almacenamiento de los datos: las entrevistas se grabarían en vídeo. Así, frente a la opción bien diferente planteada por el otro vídeo, en este, una variable se reveló como definitiva: querer participar y dar el testimonio ante una cámara (en verdad dos) para aparecer en un documental de final incierto. La labor del equipo de ASPAYM-Madrid fue fundamental. Sin su capacidad de convocatoria y de persuasión, habría sido imposible

9 El consentimiento informado suele reducirse a una firma, sin tener en cuenta que este es un proceso abierto a toda la investigación y que debe producirse en condiciones de voluntariedad, capacidad y, sobre todo, basado en la información; todo este proceso, finalmente y en la medida de lo posible, debe registrarse. Desafortunadamente, el proceso suele reducirse a este último, obviando la importancia de la información frente a la obtención del consentimiento. Para más información, ver Simón (2006).

contar con las personas que, de manera tan generosa y comprometida, se prestaron a «dar la cara», de manera literal, por sus familiares o como protagonistas por su lesión medular. La mayoría de entrevistas se realizaron en un pequeño plató dispuesto a tal efecto en una de las salas de la asociación en Madrid. Otras, por motivos de limitaciones o de agenda de los participantes, se hicieron en sus propios domicilios, desplazando un pequeño equipo para realizarlas. En cualquier caso, todas ellas generaron los contenidos esperados, por lo que se puede afirmar que el entorno físico no juega un papel relevante en el desarrollo y calidad de estas.

• *En el vídeo, ¿tienen que salir todos los resultados obtenidos de la investigación?, ¿en función de qué criterios se selecciona la información?, ¿cómo hacemos compatibles el lenguaje audiovisual y el científico?*

Para escribir este texto estamos seleccionando una información y desechando otra, esto lo hacemos en función de unos criterios de extensión, calidad, público al que se dirige el libro, etc. En una investigación cualitativa, no toda la información, por muy interesante que sea, vale, y en la grabación de un vídeo, no todas las imágenes, por muy buenas que sean, se utilizan. Si el interés y la intención que propone el vídeo es la de mostrar los resultados de una investigación cualitativa, el material audiovisual resultante deberá reflejar dichos resultados. Con esta metodología sabemos que para cumplir el criterio de validez interna exigible a cualquier proceso de investigación cualitativa, esta deberá responder a los objetivos planteados en ella.[10] Si el material audiovisual no responde ni a los objetivos ni a la información recogida durante el trabajo de campo científico, estaríamos frente a un documental u otro tipo de material audiovisual, pero no ante el tipo de propuesta que con esta reflexión estamos intentando caracterizar.

Si, como se ha indicado anteriormente, el criterio científico prevalece, puesto que lo que se quiere transmitir y compartir son los resultados de una investigación, en el vídeo deberán aparecer reflejados dichos resultados. Con el lenguaje audiovisual tenemos la oportunidad de que su presentación no tenga por qué ser exclusivamente literal. Como en cualquier proceso de investigación cualitativa, se analizarán y seleccionarán unos

10 El abordaje de la validez en la investigación cualitativa ha sido ampliamente discutido y abordado en otros artículos. Hay que destacar la excelente revisión planteada por Mahtani-Chugani *et alii* (2006).

textos y se eliminarán otros. Además, según el nivel de análisis con el que planteemos nuestro estudio, se derivarán unos resultados u otros. Los resultados de una investigación desde presupuestos del análisis del discurso serán, probablemente, más difíciles y complejos de presentar que un análisis de contenido o de categorías.

Quizá el momento más crítico de todo este proceso sea construir una narración que cumpla este objetivo: dar cuenta de los resultados de una investigación cualitativa en un vídeo. No se trata solamente de reducir o condensar unos materiales «brutos» en un tiempo limitado, extrayendo partes de cada uno de los discursos de los participantes; se trata, más bien, de hallar un hilo conductor, un argumento, un metasentido a los puramente sociológicos ya obtenidos y analizados por escrito. En principio parecería que, simplemente, se ha cambiado un formato por otro, la palabra escrita por la imagen, pero, en verdad, se trata de otro género distinto. Tenemos imágenes, pero no sabemos hacer cine. Frente a este nudo gordiano, cada vídeo apostó básicamente por el mismo esquema, aunque con perfiles diferentes. Mientras *De muerte somos todos* forjó un desarrollo narrativo consensuado entre los propios miembros del equipo de investigación, *5 segundos* pidió ayuda a un guionista profesional externo.[11] Bien es cierto que *De muerte somos todos* contaba entre los miembros de su equipo con una persona con amplia formación tanto en antropología como en lenguaje visual.[12] No obstante, es importante destacar que la construcción de la secuencia definitiva del vídeo, pese a estar dirigida por un guionista profesional, no difirió tanto en cuanto a la selección de contenidos de la redacción de un informe de investigación cualitativa. Aunque este hecho en un principio pueda resultar sorprendente a los sociólogos, es importante destacar aquí de cara a la realización de vídeos futuros que, en

11 El guionista y finalmente coautor de *5 segundos* fue Juanjo Ibáñez, quien asumió con enorme generosidad (y profesionalidad) culminar un proyecto en el que no estuvo involucrado desde un principio y en el que, por tanto, tuvo que vérselas con un gran número de materiales ajenos. Aunque muchas veces nos ha recriminado el «embolado» de tal petición, lo cierto es que, también y finalmente, reconoció la motivación que para él supuso un trabajo tan poco ortodoxo en el que tuvo que emplear a fondo su creatividad en condiciones, digamos, no óptimas. Ni que decir tiene que para esas alturas los plazos de entrega y estreno previsto, como no, apremiaban.

12 Sin Marina Pérez Trigueros este vídeo hubiera sido imposible de realizar. Además de su formación como antropóloga, tenía amplios conocimientos en documentación y montaje audiovisual, además de, y esto es lo más importante, una gran creatividad.

el fondo, la selección, análisis e interpretación de los contenidos constituye un trabajo intelectual más universal de lo que en un principio pudiera parecer. La escritura de los contenidos de un guion audiovisual no es tan diferente a la selección de contenidos para un informe: lo importante, significativo y clarificador debe estar presente en ambos formatos.

Otro asunto diferente es la narración, la secuencia de imágenes y el ritmo que necesariamente debía contar para que el vídeo funcione. Ahí es donde más puede apreciarse el cambio de género. El lenguaje audiovisual (y todos sus recursos, no solo imágenes, sino desde la música hasta el montaje y los títulos de crédito) tiene sus propias claves que hay que saber manejar. El lenguaje científico suele ser reduccionista, mientras que el audiovisual tiene unos límites menos constreñidos. Por tanto, los efectos y retroalimentación mutua que pueden ejercer uno sobre otro enriquecerán el resultado final.

• *Para hacer un vídeo, ¿hay que buscar una productora que lo lleve a cabo?, ¿qué tecnología necesitamos y debemos saber manejar?, ¿qué presupuesto se necesita?*

En cuanto a buscar, o no, una productora, en los vídeos en que estamos basando el relato de nuestra experiencia contamos con ambas posibilidades. *De muerte somos todos*, siguiendo la estela de otras experiencias ya realizadas, se planteó de forma «casera».[13] Con *5 segundos*, la experiencia fue diferente. En este vídeo, la intuición, compromiso y entusiasmo del equipo investigador contrastaba con la carencia de un bagaje audiovisual anterior. Tal circunstancia les empujó a buscar, y conseguir involucrar en el proyecto, a una empresa productora audiovisual primero y, como ya se ha dicho, a un guionista profesional después.[14]

No obstante, e independientemente de la opción que se escoja, en la que indudablemente tendrá mucho peso el presupuesto que se disponga,

13 La grabación de un vídeo basada en una investigación cualitativa la realizó por primera vez en la *Escuela Andaluza de Salud Pública* la periodista Manuela López Doblas con un vídeo basado en testimonios de personas con fibromialgia: <http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Fibromialgia>.

14 La productora fue Olaria TV, que ya había gestionado las grabaciones de audio de los grupos de discusión de las fases anteriores, y el guionista, Juanjo Ibáñez, guionista de reconocido prestigio en trabajos documentales y también de ficción, galardonado con un premio Goya y dos nominaciones, y al que accedimos por relaciones personales.

sí que es importante que el equipo sea multidisciplinar y, a ser posible, se manejen los conceptos básicos tanto de la investigación cualitativa como del lenguaje audiovisual. En última instancia, y desde nuestra perspectiva, quien debe llevar el timón de las decisiones es el eje investigador; esto es, probablemente, lo que diferencia una presentación en vídeo de los resultados de una investigación a la realización de un documental o cualquier otro tipo de montaje audiovisual. El margen es estrecho, y es importante tener una actitud abierta y no dejarse cegar por la potencia que pueden tener ambos enfoques: la seducción de la imagen o de un determinado testimonio *vs*. la «integridad» investigadora. En este sentido, pensamos que es importante el papel de la persona que coordine y dirija el trabajo porque se verá obligada a tomar decisiones definitivas en el montaje.

Manejar los tiempos es esencial tanto para hacer una investigación como para crear un vídeo. Todo dependerá de la envergadura de la investigación y del calado del vídeo que nos propongamos hacer. Ya se ha repetido hasta la saciedad que es fundamental buscar asesoramiento e integrar en el equipo al menos a una persona con conocimientos en producción y montaje audiovisual. No obstante, aun teniendo este conocimiento, ello no significa necesariamente manejar una tecnología excesivamente compleja. En *De muerte somos todos* se utilizaron para la grabación un iPhone y una cámara Canon 550D; para el montaje, un ordenador Mac (programa de montaje Adobe Premiere CS6 y el Garageband), y para remasterizar el audio, el programa Logic Estudio. A lo que sí se dedicó más tiempo (incluidas horas de sueño) fue al montaje. En concreto, en este vídeo, y debido a los compromisos adquiridos previamente, se hizo en algo más de dos meses. En cuanto al presupuesto, fue cercano a los 5.500 euros, contando con que las horas de una de las dos investigadoras que formaban el equipo de investigación ya estaban pagadas por la institución en la que trabajaba.

• *¿Qué aspectos éticos hay que tener en cuenta para hacer un vídeo?, ¿son diferentes de los de una investigación?*

A un nivel que podríamos llamar *macro* hacer cualquier investigación social implica posicionarse ante el mundo (Horkheimer cit. en Cerrillo, 2009). Como ya se ha indicado anteriormente, realizar un vídeo a partir de los resultados de una investigación cualitativa supone contribuir a la difusión, discusión y reflexión de un tema, además de hacer la investi-

gación más participativa. En una conferencia internacional celebrada en México sobre la «Investigación evaluativa de políticas y programas de salud orientada al cambio social», al preguntarse sobre «conocer, ¿para qué? o evaluar ¿para qué?», un buen número de investigadores coincidían en que la investigación (en este caso con métodos cualitativos) tiene importantes consecuencias éticas. Desde esta perspectiva, «en las investigaciones cualitativas (investigadores e investigados) participan en la búsqueda conjunta de proyectos colectivos que orienten a acciones más comprometidas con los cambios en la salud, la enfermedad y la atención» (Mercado, 2008). A un nivel *meso(ético)*, es decir, aquel que tiene que ver con el ámbito, no tanto de la finalidad de la investigación en sí, sino con el de la ética profesional, las propuestas que se han articulado en el campo de la antropología y la sociología se han plasmado, fundamentalmente, en el establecimiento de códigos éticos y de comités de ética de investigación. En el caso que además nos ocupa, es decir, el de las investigaciones en salud y, consecuentemente, en los vídeos que pueden derivarse de estas, muchos de estos comités y códigos han bebido directamente de la biomedicina. Sin embargo, a nuestro juicio, esto supone un error de enfoque debido a la diferente naturaleza epistemológica de cada método y de cada diseño de la investigación. Por tanto, los presupuestos éticos de la investigación biomédica no pueden extrapolarse hacia un paradigma cualitativo, sino que deben desarrollarse de forma coherente y adecuada al método seleccionado para llevar a cabo la investigación. Por último, desde un nivel que llamaremos *micro(ético)* y que se asienta en una mirada ética transversal a todo el proceso investigación y al propio investigador, nuestra propuesta aboga por una ética reflexiva (Guillemin, 2004; Pollock, 2012). Así, los aspectos éticos forman parte intrínseca de todo el proceso de investigación, por lo que se hace necesaria la inclusión de una actitud autorreflexiva y una consideración de las características específicas de una ética de la investigación cualitativa.

En cuanto a los aspectos propios de la investigación visual, en principio no podemos separar los principios éticos fundamentales que deben guiar a una investigación social de los de un vídeo, si bien es cierto que hay ciertos hechos referidos a la confidencialidad y al consentimiento informado que tienen que ser especialmente cuidados en el caso de los vídeos. En el caso del consentimiento informado, este debe entenderse como un

proceso abierto que abarca desde el diseño de la investigación hasta la difusión, aunque de ello puedan derivarse dificultades.[15]

Si, como ya señalara Aristóteles (2004), la ética forma parte intrínseca de la política, las investigaciones que realizamos, al menos desde un análisis ético y, por tanto, político, deberían guiarnos a intentar cambiar el mundo o, al menos, visibilizar ciertos problemas que afectan a la salud y desarrollo vital de las personas.

Filmografía

Pérez Trigueros, M. (2011) *De muerte somos todos.* España.

Ibáñez, J. (2007) *5 segundos.* España.

Bibliografía

Addington-Hall, J. y McPherson, C. (2001) «After-death interviews with surrogates/ bereaved family members: some issues of validity». *Journal of Pain and Symptom Management,* 22 (3): 784-90.

Alonso, L. E. (1998) *La mirada cualitativa en sociología.* Madrid: Fundamentos.

Banks, M. (2010) *Los datos visuales en investigación cualitativa.* Madrid: Morata.

Aristóteles (2004) *Ética a Nicomaco*. Madrid: Alianza Editorial.

Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2007) «El cine en la docencia de la medicina: ciudados paliativos y bioética». *Revista Medicina y Cine,* 1: 32-41.

Baum, F. (1995) «Researching public health: beyond the cualitative quantitative methodological debate». *Social Science and Medicine*, 40: 459-468.

Beltrán, M. (1985) «Cinco vías de acceso a la realidad social». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* 29: 7-42.

Bourdieu, P. (2003) *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.

15 Por ejemplo, tras la realización del vídeo «Cáncer de mama. Historias llenas de vida» con testimonios de mujeres que habían superado un cáncer de mama, una de las participantes, después de verlo, manifestó muchas dudas acerca de su difusión. Su aceptación previa la justificaba para actos de carácter formativo, pero no como material divulgativo con acceso a través de internet. Finalmente, accedió a la difusión.

Broggi, M. A. (2013) *Por una muerte apropiada.* Barcelona: Anagrama.
Calderón, C. (2002) «Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario». *Rev. Esp. Salud Pública,* 76 (5): 473-482.
— (2011) «El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud». *Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria.* Consultada el 18 de febrero de 2015.
Cerrillo, J. A. (2009) «El intermediario imposible. Algunas reflexiones en torno a epistemología y ética de la investigación cualitativa». *Nómadas. Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas,* 24 (4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18112178013>, consultada el 12 de septiembre de 2015. ISSN 1578-6730.
Conde, F. (2002) «Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina». *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5): 395-408.
— (2010) *Análisis sociológico del sistema de discursos.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
Couceiro, A. (2009) «In medio virtus. El cine y la enseñanza en bioética». *Bioética. Noticinas y recursos*, 5 de marzo.
Emmison, M.; Smith, P. y Mayall, M. (2012) *Researching the visual.* London: Sage Publications.
Esquirol, J. (2006) *El respeto o la mirada atenta.* Barcelona: Gedisa.
García de la Cruz, J. y Zarco, J. (2004) *El espejo social de la mujer con gran discapacidad.* Madrid: Fundamentos.
— (2006) *La mujer con gran discapacidad: Hablan sus familiares.* Madrid: Aspaym-Madrid/Obras Social Caja Madrid.
— (2007) *La familia discapacitada.* Madrid: Fundamentos.
Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.
Guillemin, M. y Gillam, L. (2004) «Ethics, Reflexivity, and Ethically Important Moments». *Research Qualitative Inquiry*, 10 (2): 261-280.
Grypdonck, M. H. F. (2006) «Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice». *Qualitative Health Research,* 16 (10): 1371-1385.
Heath, I. (2008) *Ayudar a morir*. Buenos Aires: Editorial Katz.
Jovell, A. (1999) Medicina basada en la afectividad. *Medicina Clínica*, 113(5):173-5.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía-Histórico del BOJA *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.* Boletín número 88 de 07/05/2010

Krouse, R.; Rosenfeld, K., E.; Grant, M.; Aziz, N.; Byock, I.; Sloan, J. y Caserett, D. (2004) «Palliative Care Research: issues and opportunities». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(3): 337-9.

Mahtani-Chugani, V.; Axepe-Caballero, A.; Berenguera, A. y San, E. «Algunas cuestiones pendientes: evaluación de la investigación cualitativa en convocatorias competitivas. No midas mi peso con una jarra». *Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria,* 19.

Marzábal, I. (2007*)* «Cine, ética y medicina ante el final de la vida: el poder de las metáforas». *Revista Medicina y Cine.* 3, (1): 23-31.

— (2008) «The end. Muertes de cine». *Revista Medicina y Cine,* 4 (3): 122-130.

Menéndez, E. (2009) *De sujetos saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional de la salud colectiv*a. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mercado, F. *et alii* (2008) «Investigación evaluativa de políticas y programas de salud orientada al cambio social». *Forum Qualitative Research,* 9 (2).

Mira, J. J. *et alii* (2004) «La investigación cualitativa: una alternativa también válida». *Atención Primaria*, 34 (4):161-9.

Monsalvo, J. «Metodología de la investigación cualitativa«. *Altagremia.com.ar*, Cuadernillo n.º 6.

Navarro, V. (1998) «Concepto actual de Salud Pública». En Martínez Navarro, F.; Antó, J. M.; Castellanos, Pl.; Gili, M.; Marset, P. y Navarro, V. (coord.) *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, pp. 81-102

Ogando, B. y García, C. (2008) «De Aristóteles a Amenabar: ética narrativa, cine y medicina». *Atención Primaria*, 40 (9): 469-472.

Petticrew, M. y Roberts, H. (2003) «Evidence, hyerarchies, and typologies: horses for courses». *Journal Epidemiology Community Health* 2003; 57: 527-529.

Pollock, K. (2012) «Procedure versus process: ethical paradigms and the conduct of qualitative research». *BMC Medical Ethics,* (13), 25. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/13/25>. Consultada el: 16 de abril de 2015.

Segura del Pozo, J. (2007) «Epidemiología mestiza». *Gaceta Sanitaria*, 21 (1), 88-9.

Serrado, J. J. *et alii* (2004) «Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa?» *Gaceta Sanitaria*, 18 (3), 235-44.

Shuval, K.; Harker, K.; Roudsari. B.; Groce, N.; Mills, B.; Siddiqi, Z. y Shachak, A. (2011) «Is qualitative research second class science? A quantitative longitudinal examination of qualitative research in medical journals». *PLoS ONE* 6 (2), 16937.

Simón, P. y Barrio, I. (2006) «Problemas éticos de la investigación cualitativa». *Medicina Clínica,* 26 (11): 418-423.

Simón, P. (2006) «Diez mitos en torno al consentimiento informado». *Anales Sistema Sanitario,* 29 (2): 29-40.

— (Coord.) (2012) *Cómo mueren los Andaluces I. Informe sobre la aplicación y efectos de la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Persona en el proceso de la Muerqte. Sevilla*. Consejería de Salud y Bienestar Social.

Sontag, S. (2006) *Sobre fotografía.* México: Alfaguara.

Zarco, J. (2012) «El análisis visual, o de cómo explicar lo inefable». *Investigación y Marketing,* 115, 40-44.

DE LO SOÑADO A LO POSIBLE: LAS NUEVAS VOCES DE LA INTERSEXUALIDAD

Nuria Gregori Flor
Hospital General Universitari d'Elx. Universitat de València.
interemergen@gmail.com

Resumen: ¿De qué y de quién estamos hablando cuando nombramos la «intersexualidad»? ¿De personas con un desarrollo sexual atípico? ¿De nuevas identidades que no se adscriben al binomio hombre-mujer? ¿De la antigua etiqueta médica de las hoy conocidas como «Anomalías del Desarrollo Sexual»/«Disorders of Sex Development» (DSD)? Sea cual sea la respuesta a estas preguntas, lo cierto es que el fin del discurso único sobre la diferenciación sexual atípica es un hecho. La «intersexualidad» ha roto el silencio y ha salido de las historias clínicas médicas, para ocupar cada vez más espacio en lo social y lo mediático, en los debates académicos y/o activistas, en Internet, además de en el celuloide. Estos discursos emergentes sobre la «intersexualidad» sobrepasan el ámbito de lo sanitario, para alcanzar el plano de las creencias. Se trata de propuestas que amenazan algunas de las formas dominantes de dar sentido al mundo: la dicotómica construcción de género, la conexión entre genitales y género; la asociación entre relación heterosexual y coito. Un nuevo paradigma que cuestiona las «cirugías de normalización» sobre los cuerpos atípicos y que propone socializar la diferencia, celebrar la diversidad. ¿Y si aquello que consideramos «normal», no fuera más que «normativo»? ¿Quiénes son esos hombres y mujeres «normales»? ¿Y si las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no fueran más que una ficción, una construcción, una invención para mantener y reforzar las diferencias y desigualdades entre sexos?

Palabras clave: intersexualidad; género; identidades; normal/normativo; desigualdades entre sexos

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 59–100. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

Abstract: What and who are we talking about when we say "intersexuality"? Is it about people with an atypical sexual development? Is it about new identities that do not fit in with the man-woman dichotomy? Is it about the old medical label of what it is known nowadays as "Anomalies of Sex Development "/" Disorders of Sex Development "(DSD)? Whatever the answer to these questions, the fact is that the aim of the single discourse on atypical sexual differentiation is a fact. "Intersexuality" has broken the silence and has got out of medical case histories to occupy an ever-increasing space in the social sphere and in the media, in academic and / or activist debates on the Internet, besides films. These emerging discourses on "intersexuality" go beyond the realm of health, to attain the level of beliefs. They are suggestions that threaten some of the dominant ways of making sense of the world, such as the dichotomous construction of gender; the correlation between genitals and gender; or the association between heterosexual relationships and intercourse. They are a new paradigm that challenges "normalization surgeries" on atypical bodies and aims to socialize differences and celebrate diversity. What if what we consider "normal" is just "normative"? Who are those "normal" men and women? What if the biological differences between men and women were nothing else than a fiction, a construction, an invention to maintain and reinforce the differences and inequalities between the sexes?

Keywords: intersexuality; gender; identities; normal/normative; inequalities between sexes

Asistimos al controvertido nacimiento de lo que se ha bautizado como la *poética de la intersexualidad* (Cabral, 2008a). Las palabras y las imágenes alrededor de la intersexualidad han mudado de territorio y de dueño. El imaginario sobre ella que nos alimentaba hasta hace bien poco, nutrido por imágenes de bebés y adolescentes con bandas negras sobre los ojos, por genitales desnudos o por cirugías correctivas, se ha situado en el punto de mira de investigaciones sociales y bioéticas. La responsable de esta transformación ha sido la proliferación de voces de personas cuyos cuerpos presentan una diferenciación sexual atípica y que, bajo diferentes medios, han visibilizado y denunciado el estigma que han tenido que soportar, así como los protocolos médicos a los que han sometido sus cuerpos. Sus voces, calladas prácticamente hasta finales de los años noventa, han

desplazado el monopolio biomédico, generando un lenguaje y un discurso arriesgado que no da nada por sentado.

El género, el cuerpo, la sexualidad y la identidad son algunas de las categorías que las vivencias intersexuales han puesto en jaque. Cuerpos negados, imposibles, que no se acomodaban al modelo de «dimorfismo sexual»[1] y que eran incapaces de reproducir las expectativas sociales asociadas a la sexualidad —coitocéntrica y reproductora—, han desnudado su dolor para recuperar un cuerpo y una vida que les habían sido expropiados.

Con seguridad afirmaremos que uno de los métodos más efectivos para la legitimación de esos cuerpos y esas vidas ha sido el empleo de herramientas audiovisuales. Decía Mariana Viera (2011: 352) que las producciones cinematográficas son «una forma de decir social, de imponer normas con relación a lo posible y lo imposible». En este sentido, aunque internet haya sido la plataforma de encuentro y de despegue de lo que hoy se conoce como activismo *intersex*, ha sido quizás el cine la forma a través de la cual estas nuevas representaciones sobre cuerpos y sexualidades han alcanzado más rápidamente a un público mayoritario.

Pero, ¿cómo funciona este mecanismo de reproducción social que es el cine? Manuel Delgado describe el cine como un misterio, una vivencia radical de algo que, más allá de la mera experiencia estética, trastoca, conmueve y emociona. Para este antropólogo, el cine es algo así como un estado de hipnosis que trasciende contextos y épocas, que permite pensar en la posibilidad de lo que todavía no existe. Tiene la capacidad de insinuar que lo que muestra no es un sucedáneo de la realidad, «sino algo que se nos revela por medio de las imágenes con su forma más enérgica, restituida y emancipada de sus servidumbres discursivas o ideológicas» (Delgado, 2008). [2]

Lo invisible o fantástico se transforma en real y posible a través de las imágenes que engullimos en las pantallas de los cines: «Nos recuerdan de qué está hecha la vida, que no es sino de lo vivido más lo soñado; lo poseído, pero no menos lo anhelado o añorado; lo pensado, lo pensable,

1 El «dimorfismo sexual» es el modo en que la cultura occidental moderna concibe el mundo, un universo en el que existen únicamente dos sexos, biológicos, mentalmente distintos y excluyentes.

2 Delgado, Manuel (2008) *La eficacia simbólica de las imágenes. Cine y chamanismo.* Curso en Cendeac, Murcia. Abril 2008.

pero también de las insinuaciones de lo inimaginable; para darnos noticia de lo inenarrable» (Delgado, 2008). Precisamente, los profesionales de la salud, nutridos hasta el momento de un discurso único —biomédico— sobre la intersexualidad, han tenido que recurrir a las imágenes soñadas, anheladas o imaginadas de esta nueva poética de la intersexualidad para incorporar una nueva mirada que a día de hoy permanece casi invisible.

El cine se convierte así en una herramienta privilegiada para construir un tipo de conocimiento que suma rigor científico, experiencia corporal y subjetiva, reflexión y crítica social. Solo olvidando por un momento nuestro bagaje biomédico, con sus etiquetas y descripciones categóricas, podremos completar un puzle mucho más complejo y de mayor riqueza que el anterior. Muchos profesionales de psicología, enfermería, ginecología, sexología, urología, etc., ya se han hecho eco de este nuevo discurso de la intersexualidad y lo han incorporado en sus investigaciones y en su práctica clínica.[3] Para quienes se acercan por primera vez al tema, el cine documental o el largometraje de ficción,[4] con sus diferentes miradas e intenciones, ya sean más estéticas, educativas, reflexivas, críticas o políticas, se convierte en un instrumento básico para reaprender nuevas representaciones y significados sobre la (inter)sexualidad.

Comenzaremos este recorrido con la historia de Adela *(Mi querida señorita,* 1971), una mujer que vivirá su intersexualidad durante ese periodo crítico y contradictorio de la España de principios de los setenta en el que convivían la educación y los valores del régimen franquista con una incipiente apertura que criticaba las certezas de la represión sexual y moral de ese momento. A miles de kilómetros, en la República Dominicana, Chi-Chi y Boni (Guevote, 1997) nos mostrarán la posibilidad de vivir en

3 Entre muchos otros, podemos consultar los trabajos de psicólogas como Lih Mei Liao, de ginecólogas como Sara Creighton (2004) o el de la pediatra uróloga Justine Marut Schober (1999). La enfermería ha sido uno de los grupos biosanitarios que últimamente se han sumado al interés por la intersexualidad, con investigaciones que exploran desde la experiencia de personas con condiciones intersexuales (MacKenzie, *et alii*, 2009); las narrativas de padres de niños con genitales atípicos y el lugar que las cirugías reconstructivas ocupan en sus vidas (Sanders, *et alii*, 2012) hasta la participación de niños en la toma de decisiones (Coyne y Harder, 2011).

4 Como afirmaba Delgado (2008), no existe distancia entre lo que es ficción y lo que dice plasmar la realidad. Es justo en esos intersticios entre lo imaginado y lo que realmente sucedió en diferentes épocas y culturas donde se generan nuevas preguntas y posibles respuestas.

un tercer sexo.[5] También nos acercaremos a la intimidad de activistas intersexuales de todo el mundo (*Octopus Alarm*, 2006; *Orchids*, 2010; *Intersexion* [Lahood, 2012]; *Me, my sex and I*, [Harrison, 2011]), así como a las metáforas visuales de *XXY* (Puenzo, 2007) o *El último verano de la boyita* (Solomonoff, 2009). En estos últimos no solo detectaremos una denuncia explícita a la invisibilización, el secreto y la vergüenza que han vivido muchas personas diagnosticadas como «hermafroditas», «intersexuales» o con una «DSD/ADS»,[6] sino que apuestan por crear una sociedad en la que otros cuerpos, otros géneros y nuevas identidades son no solo posibles, sino deseables.[7]

5 Los *guevedoche, machi-hembra* o *balls at twelve* de la República Dominicana son aceptados como personas que nacieron como mujeres, pero que por razones derivadas de la biología o por deseo de Dios, al llegar a la pubertad, se trasformaron en hombres, les creció el pene y les descendieron los testículos (Bolin, 1996; en Nieto, 2003).

6 El término *intersexualidad* o *estados intersexuales* está en desuso dentro de la comunidad científica. En un consenso médico del 2006 fue sustituido por el término *DSD (disorders of sex development*)/*ADS* (*anomalías o trastornos del desarrollo sexual*) por considerarse que los términos anteriores, *intersexualidad*, *hermafroditismo* o *pseudohermafroditismo*, eran etiquetas controvertidas, vistas como peyorativas por parte de las personas afectadas y confusas por parte de los profesionales y los padres (Lee, *et alii*, 2006). Aunque algunas personas afectadas apoyaron este consenso (Dreger y Herndon, 2009), no es cierto que esta opinión sea generalizada. El debate sobre la terminología persiste a día de hoy y son muchos los que critican los protocolos establecidos por este consenso y sus terminologías —como el uso del término *disorders*, traducido al castellano como *trastornos* o *anomalías*— por sus connotaciones patologizadoras y sus tintes homófobos y tránsfobos (véase en <http://oiiinternational.com> o en Baechler, 2006; Diamond, 2006; Dauder y Romero, 2012). En este trabajo utilizaremos mayoritariamente el término *intersexualidad* y no el de *DSD*, ya que ha sido este el término que han defendido los directores y protagonistas de la mayoría de audiovisuales analizados. Asimismo, cuando utilicemos el término *DSD* lo entendemos como *diferencias en el desarrollo sexual*, no como *anomalías* o *trastornos* (Wiesemann, *et alii*, 2009).

7 Entre las diferentes representaciones audiovisuales sobre intersexualidad que hemos visualizado descubrimos distancias significativas. Contrasta, por ejemplo, la representación del hermafrodita asustado, enfermo y desprotegido de *Satyricon* (Fellini, 1969) en el escenario de ciencia ficción de la fastuosa Roma Imperial, con ese realismo del reciente activismo *intersex* de *Intersexion* (2011) o de *Me, my sex and I* (2011). Para este artículo no ha sido posible abarcar todos los audiovisuales que existen sobre intersexualidad, pero para ampliar información sobre el tema recomendamos *Mystère Alexina* (Féret, 1985), *Dark secret: XY women* (BBC, 1996), *Hermaphrodites speak!* (ISNA, 1997), *Boy or girl? When doctors choose a child's sex* (ABC News, 1998), *XXXY* (Gale, 2000), *Both* (Barcellos, 2005), *Too fast to be a woman? The story of Caster Semenya* (Ginnane, 2011), y algunos capítulos de series televisivas de temática médica, como «Desde el principio» en *Grey's Anatomy* o el episodio «Cuestión de confianza» en la serie MIR (2007).

En definitiva, este va a ser un viaje a través de imágenes en el que vamos a encontrar una constante: la de unos cuerpos y unas vidas marcadas por un estigma. Las maneras de responder a ese estigma serán lo sorprendente y enriquecedor de este viaje.[8]

Del confesionario a la identidad custodiada por la medicina

Las fantasmagorías de la naturaleza
pueden promover los extravíos del libertinaje

Micheal Foucault (1985*:* 14)

España. Años setenta. Control sexual y moral. Represión y confusión, pero también apertura y cambio. Doble moral curtida de nuevas posibilidades. Adela Castro es una mujer de 43 años, educada en la estricta moral del nacionalcatolicismo español de los años cuarenta y cincuenta que representa la figura de la «solterona», es decir, esa mujer a quien la acompaña un estigma por no responder a las expectativas de feminidad de la época: no ser ni madre ni esposa. Una tormentosa atracción lésbica hacia su criada Isabelita, sumada a su secreto (se afeita y le crece pelo en el pecho), desencadena la búsqueda de ayuda en el párroco de su iglesia. Bajo la tutela y el secreto de confesión del sacerdote, responsable del orden moral en la época, Adela declarará que se afeita todos los días y que a sus casi 40 años no ha tenido contacto carnal con ningún hombre.

Feliciano Blázquez (1977) recurriría a la expresión de la «mística de la feminidad» de Betty Friedan (1963)[9] para denominar el medio a través del cual el nacionalcatolicismo franquista establecía una estrecha co-

8 Nota sobre las traducciones: para evitar alargar demasiado el texto hemos decidido utilizar la versión en castellano de los fragmentos de las películas y los documentales que vamos a ir citando. En algunos casos, ya eran películas en castellano (*Mi querida señorita*, *XXY* o *El último verano de la boyita*); en otros, como *Octopus Alarm* o *Orchids*, la traducción la hemos realizado entre varios miembros del proyecto de investigación del Instituto de Filosofía del CSIC–Cartografías del Cuerpo: Biopolíticas de la Ciencia y la Tecnología, FFI2009-07138. Financiado por el Plan nacional I+D+i, gracias al cual se ha podido realizar esta investigación. En el resto de audiovisuales, la traducción ha sido propia.

9 *La mística de la feminidad*, de Betty Friedan (1963), fue un referente indispensable del feminismo de la década de 1970 e hizo un exhaustivo análisis del rol de las mujeres de clase media «convertidas por la sociedad en amas de casa sin recursos propios».

nexión entre la vida sexual y el confesionario. El tratamiento represivo de la sexualidad se canalizaba principalmente en el confesionario y era el párroco local el responsable de juzgar y adoctrinar la intimidad de sus feligreses. Predicaba: «Por ley divina, cualquier expresión o actividad sexual solo era moralmente aceptable en el contexto del santo matrimonio heterosexual y monógamo» (Hontanilla, 2006: 115). Sin embargo, en ese contexto de cambio, el sacerdote de *Mi querida señorita* acabará rompiendo el secreto de confesión para pasarle el testigo a un médico amigo suyo, el nuevo actor responsable de establecer y comunicar a Adela su verdadero sexo:

> Adela: ¿Es algo grave, doctor?
>
> Doctor: No, no, en absoluto. Aunque habrá que intervenir, desde luego.
>
> Adela: ¿Intervenir?
>
> Doctor: Sí, pero no se alarme. Será muy sencillo.
>
> Adela: Perdone, doctor, pero yo físicamente me encuentro muy bien, no veo la relación que…
>
> Doctor: Pues la hay. Claro que la hay. No se puede tener la mente enferma sin que el cuerpo lo esté también. Y no se trata precisamente de una dependencia o interrelación, sino de una completa y total identidad.
>
> Adela: Le agradeceré que me hable sin rodeos. Yo soy una mujer fuerte y valiente.
>
> Doctor: Ya lo sé. Y tienes razón en todo, excepto en una cosa. Es usted fuerte y valiente, pero no es usted una mujer, no lo es (*Mi querida señorita*, 1971).[10]

La historia de Adela podría haber sido el itinerario de cualquier persona cuyo aspecto o cuerpo sexuado difería de los cánones sociales de normalidad. De la iglesia a la consulta médica. De la confesión católica a la confesión médica. Del secreto de confesión al secreto médico. El recorrido de Adela también sería paralelo al que hizo a finales del siglo xix Herculine Barbin, la mujer hermafrodita cuyas memorias recuperó Michel Foucault (1985). Barbin declaraba en sus memorias cómo fue el obispo quien rompió el secreto de confesión para poder someterla a un examen médico. Este examen descubrió unos testículos en proceso de descenso y un clí-

10 33".

toris demasiado grande para ser considerado como tal. Una declaración legal dictó que Barbin era varón y fue obligada a dejar su vida y su trabajo. En París vivió el aislamiento y la pobreza, hasta que, en 1868, el profundo desarraigo acabó con su vida.[11]

En ambos casos, una sentencia médica desvelaba una supuesta «identidad verdadera» que obligaba/permitía acceder a un cambio de sexo social y legal. Liberación o condena, el caso es que el guion de Borau y Armiñán no detalló los pormenores de ese proceso médico que finalizaba con el cambio de identidad de Adela a Juan.[12] Pero, ¿qué lecturas podría hacer el público ante ese supuesto final feliz en el que Juan e Isabelita, hombre y mujer, se reencuentran y se enamoran? Una posible interpretación sería pensar que la atracción que Adela experimentaba hacia Isabelita no era homosexual, sino la definitiva revelación de su sexo verdadero, de su inclinación natural como hombre. La medicina habría actuado en esta situación como mediadora y como posibilitadora de las condiciones para una vida plena; algo muy distinto a lo que sucedía con Barbin, en su caso, la intervención médica y legal la destruyó.

Otra lectura sugeriría que Adela, una mujer que no acababa de encajar en la sociedad por su apariencia y corporalidad masculinas, y por la atracción sexual que sentía hacia las mujeres, solo podría disfrutar de una existencia más digna y feliz como Juan; no tanto porque su identidad o vivencia más íntima fuera en masculino, sino porque esta era la única opción. Bajo esta perspectiva, el cambio de identidad custodiado por la medicina se presenta como la única alternativa y la medicalización se convierte en ritual de paso obligado para ser posible, sin fisuras ni ambigüedades.

Mi querida señorita plantea ese punto de inflexión entre un modelo de moral religiosa y un modelo de verdad científica. La religión pasa el testigo a la medicina, pero ambos modelos de la España franquista y posfranquista persiguen el mismo objetivo: perpetuar un orden sexual impe-

11 No siempre ha sido la medicina la legitimada para determinar la identidad de género de los sujetos. Años antes, y hasta final del Antiguo Régimen, la identidad civil del sujeto se establecía en relación con sus lazos externos de sociabilidad, es decir, que la verdad del cuerpo no era médica, sino el efecto de una ceremonia de elección y juramento en la cual la autoridad recaía sobre la familia y tutores (Vázquez y Moreno, 1995; Foucault, 1985).

12 En tan solo una escena, Adela pasa de la consulta del médico al tren que la conduce, ya como Juan, de Pontevedra a Madrid. Sospechamos que hay un diagnóstico de hermafroditismo por en medio, y quizás un tratamiento quirúrgico y/o hormonal.

rante que penaliza los cuerpos, los comportamientos y los deseos abyectos según unos valores y una ideología. Hoy, la modificación biotecnológica de los cuerpos se plantea como solución única para encajar en los esquemas morales de aquellos lugares donde la vida está fuertemente medicalizada. Tanaz Eshaghian nos permite constatarlo en su documental sobre el Irán contemporáneo, *Be like others* (2008). Irán es un país donde la homosexualidad está perseguida y castigada con la pena capital, y donde el gobierno realiza gratuita y legalmente intervenciones de cambio de sexo a las personas que lo solicitan. En este contexto, muchas personas homosexuales optan por un cambio corporal que permite cambiar de identidad de género y vivir una sexualidad heterosexual sin ser perseguidos.

Dirán Vázquez y Moreno (1995) que el cuerpo intersexual representa ese cuerpo que potencialmente reúne todos los requisitos para la «trasgresión social».[13] Esta afirmación se materializa en la escena de *XXY* en la que Álvaro y Alex mantienen un encuentro sexual. La aparente inversión de papeles sexuales en esa relación cortocircuita nuestras expectativas y vuelve inoperantes las categorías disponibles.[14] «Ella estaba arriba, rompiéndole el culo al hijo de tus invitados, ¿te alcanza o quieres que te lo dibuje?»;[15] «Si no es este pibo va ser cualquier otro. Sabíamos que esto iba a pasar»;[16] «No te hagas ilusiones, nunca va a ser una mujer aunque un cirujano le corte lo que le sobre».[17] La confusión inicial —un varón, Álvaro, siendo penetrado por Alex, una mujer con pene— seguramente lleve a formular otros interrogantes: ¿es Alex realmente una mujer? ¿está Álvaro enamorado de Álex o en realidad es homosexual y solo desea su «pene»?

El problema de tener un cuerpo inclasificable o intermedio en términos sexuales es que se le atribuye el poder y el potencial de transgredir el

13 Vázquez y Moreno (1995: 95-96) explican cómo, en la tradición del pensamiento moderno, el monstruo sexual, es decir, el hermafrodita, simboliza la trasgresión, una ofensa dirigida simultáneamente al orden de la naturaleza y de sus leyes y al orden jurídico de la sociedad, pues transciende los límites del género, de división de los sexos, fuente de los roles familiares y las convenciones sociales. En rigor, se trata de un individuo que carece de identidad, una cabeza sin rostro; nuestra cultura exige un perfil jurídico y psicológico de los sujetos, que la verdad de cada sujeto, su personalidad, pase por su determinación sexual, y esta posee un carácter monosexual, una mismidad bien recordada: mujer o varón.

14 32'30" a 34'20".

15 42'12".

16 42'30".

17 43'.

orden sexual y moral. Es entonces la biomedicina la responsable de vigilar y controlar que esa trasgresión no ocurra, y lo hará, en primer lugar, catalogando y patologizando la diferencia, para, a posteriori, diseñar cuerpos a la carta con la ayuda de tecnologías médicas —cirugía y hormonas—. El resultado del proceso médico es la producción de cuerpos sumisos capaces de reproducir el esquema de coherencia de dos sexos biológicos, dos identidades de género únicas y estables a lo largo de toda la vida, un deseo heterosexual basado en la complementariedad entre sexos y unas prácticas sexuales coitocéntricas orientadas a la procreación (Butler, 2006).

Diagnosticando y corrigiendo la diferencia

> El otro día escuché a un médico decir que no existimos
> porque en el momento en que eres asignad* a un sexo u otro
> dejas de ser intersexual. Pero en realidad eres intersexual toda tu vida.
>
> (Aleyshia en *Orchids,* 2011)[18]

La intersexualidad, o en la actualidad las consideradas DSD/ADS, es la etiqueta médica estipulada para nombrar los cuerpos sexualmente no normativos. Se trata de un cajón de sastre que recoge casi dos docenas de condiciones, entre ellas el síndrome de Klinefelter (SK), el síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA), la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) o la disgenesia gonadal (DG). Para la biomedicina, estas condiciones son el resultado de errores o de alteraciones en el desarrollo o diferenciación sexual del feto (Piró Biosca, 2002; Gracia Bouthelier, 2002; Lee, *et alii*, 2006). Cromosomas, gónadas, secreciones internas y apariencia externa deben alinearse de tal manera que respondan a un esquema programado en el que solo existen dos posibilidades: un diseño en femenino o uno en masculino. Podríamos pensar que el motivo por el que estas situaciones han sido leídas como anormales está relacionado con la baja frecuencia con la que aparecen, aunque esta hipótesis dejaría de ser válida si atendemos a ejemplos etnográficos (Bolin, 2003). En cualquier caso, hablamos de una situación que afecta a más personas de las que pensamos. Dreger sostendrá en *Intersexion* (2011) que «hablar de estadísticas infe-

18 14’39”.

riores de 1/2000 casos por personas nacidas vivas es un dato conservador, por lo que estamos hablando de un número de población importante para quienes no existe un lugar previsto en el mundo».[19] Es más, en *Orchids* (2010) se llega a afirmar que «en una ciudad como Londres o Nueva York unas 100.000 personas tendrán DSD de algún tipo. En total, las DSD ocurren con tanta frecuencia como los gemelos o pelirrojos».[20]

Hoy en día, una concepción biotecnológica del sexo penetra en el interior invisible del cuerpo para estipular lo que es normal y lo que no lo es. Este imaginario de normalidad respecto al sexo remite a parámetros perceptibles únicamente con ayuda de nuevas tecnologías de diagnóstico médico. También es desde este espacio intangible del cuerpo desde donde comienza el proceso de «normalización» médico. En primer lugar, un equipo de expertos tratará de resolver qué ocurrió durante el desarrollo-fetal: «Revisan los contenedores del ADN del cuerpo, los cromosomas, luego las gónadas, y si tienen útero o no. También prueban qué hormonas está produciendo el cuerpo y tratan de determinar cómo se desarrollarán los genitales del bebé» (*Me, my sex and I,* 2011).[21] En los casos en que aparezcan genitales ambiguos, deben actuar como detectives, tratar de averiguar cuáles son las estructuras externas y las internas, porque «puede existir un XY y testículos, tener aspecto femenino e identificarse como chica, o tener XX, ovarios e identificarse en masculino».[22] El verdadero objetivo de este escrutinio consiste en adivinar la futura identidad de género de esa persona.

Pero, ¿es posible anticipar la identidad a partir de elementos orgánicos como los cromosomas o las hormonas? Según el modelo científico vigente, son fundamentalmente las hormonas (y su influencia durante el desarrollo fetal), los componentes del sexo que más condicionan la identidad, los comportamientos y los deseos de las personas. Esto supone que, aunque médicamente se haya separado la intersexualidad como algo corporal, de la transexualidad o la homosexualidad como algo psicológico o mental, en el fondo siguen estrechamente vinculadas, ya que se asume que en todas ellas existe algún tipo de desajuste hormonal prenatal.

19 2'.

20 6'36".

21 10'.

22 10'39".

Dentro del abanico de intersexualidades posibles, la situación que se percibe como más crítica es aquella en la que aparecen genitales atípicos al nacer. En estos casos, se activa un complejo proceso médico y tecnológico concebido para lidiar con las rigideces de la dualidad de género. Solo existen dos opciones en los certificados de nacimiento, por lo que los médicos «tienen que asignar uno u otro, con lo que ellos y la familia crean que se identificará el niño cuando sea mayor» (*Me, my sex and I*, 2011).[23] Al ser incapaces de adivinar la identidad futura, la elección del sexo se basa principalmente en la forma y el tamaño de los genitales. Si estos encajan dentro de los márgenes previstos —desde la primera ecografía hasta el momento del nacimiento—, nadie se planteará la posibilidad de que en un futuro podamos identificarnos con un sexo distinto al que nos asignaron. Una persona con pene ¿cómo no se iba a sentir hombre? Sin embargo, unos genitales atípicos harán saltar todas las alarmas y la elección del sexo se convertirá en una apuesta más que dudosa. ¿Existe una relación causal entre la anatomía de los genitales y la identidad de género? Difícil de prever, porque igual que encontramos personas que nacieron con genitales atípicos y jamás han sentido dudas respecto a la identidad de género que les asignaron al nacer, también hay otras que nacieron con genitales estándar y que un día decidieron transitar al otro sexo.

Pero la intersexualidad no es sinónimo de genitales atípicos y, en la mayoría de ocasiones, ni se detecta en el nacimiento y mucho menos genera dudas para asignar uno u otro sexo: «para algun*s de nosotr*s, se identifica en el nacimiento, otr*s no lo descubren hasta más tarde o ni siquiera lo descubren» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).[24] Se trata de cuerpos que no se ajustan a la «norma sexuada» en cuanto a su apariencia externa o su funcionamiento; por ejemplo, no son capaces de reproducir una sexualidad heterosexual basada en el coito y la reproducción, son hombres que no pueden orinar de pie —hipospadias— o mujeres que no menstrúan y tienen testículos —SIA—. Son cuerpos que se colocan en la bandeja de entrada de lo corregible y tratable. Si el cuerpo no se ajusta a la norma, las tecnologías médicas —cirugía y hormonas— forzarán ese engranaje. De no corregirse, cargarán el estigma, el sufrimiento y la exclusión social por ser diferentes.[25]

23 10’40”.

24 6’57”.

25 A día de hoy, las cirugías sobre genitales ambiguos en casos de intersexualidad siguen sin cuestionarse en la práctica asistencial dentro del Estado español. Se trata de «cirugías nece-

Hasta aquí todo parece lógico y bien intencionado. Si la sociedad no ofrece más posibilidades, entonces ayudemos a las personas a encajar dentro del único esquema disponible. Pero no era suficiente con corregir. Según los primeros protocolos dirigidos por el pediatra John Money (1955), el éxito de este proceso dependía de que los padres confiaran ciegamente en las directrices médicas y que no dudaran sobre el género del bebé, ya que esto podría dirigir hacia una socialización ambigua. Por último, y como condición básica para que toda la maquinaria no fallara, toda la información sobre estas intervenciones debería mantenerse en secreto. Bo Laurent (Cheryl Chase) explica en *Intersexion* (2011) cómo los médicos dijeron a sus padres que debían mudarse a un sitio donde nadie les conociera y empezar de nuevo, cambiándole el nombre a la que a partir de ese momento sería una niña. Un nombre que sonara igual para que ella no notara la diferencia. También deberían eliminar todas las fotos, cartas y referencias a ella como chico.

El resultado de estos secretos fue dramático, aunque muchos de nosotros no hubiéramos sospechado del éxito de la fórmula de Money, de no ser por las historias contadas en documentales como *Octopus Alarm, Orchids, Me, my sex and I* o *Intersexion*. Muchas de las experiencias íntimas relatadas en estos documentos vienen a decir que los tratamientos médicos y quirúrgicos no borraron la intersexualidad. El hecho de que desde un principio sus cuerpos fueran inspeccionados, negados y corregidos les hizo sentir anormales y no válidos. Tener que guardar silencio o no descubrirlo hasta muchos años después les provocó rabia, odio y aislamiento:

> Nací con hiperplasia suprarrenal congénita o HSC y con una condición de hermafroditismo verdadero: era una combinación de varón y mujer. Los médicos decidieron que me educarían como varón. Sacaron mi útero, me cosieron la vagina y desde muy pequeña empezaron a darme hormonas para convertirme en varón. Pero mientras crecía siempre supe que era una mujer.

---

sarias» que presuntamente evitarán el sufrimiento y el rechazo social que pudiera devenir de mostrar unos genitales «disfuncionales». Prueba de su no cuestionamiento es el hecho de que, desde 1995 hasta el momento presente, «las cirugías a estados intersexuales patológicos» continúan considerándose prestaciones sanitarias gratuitas y básicas del SNS. Las intervenciones son gratuitas, aunque la mayoría de ellas no conlleven ningún riesgo para la salud. Pero se asume que la intersexualidad es una enfermedad que debe corregirse, a pesar de que cada vez más estudios sostengan que la cirugía no soluciona el estigma ni el sufrimiento, sino todo lo contrario (Diamond y Sigmundson, 1997; Dreger, 1999; Dreger y Herndon, 2009).

> Recuerdo volver a casa de la escuela un día y decirle a mi madre: «Mamá, ¿soy hermafrodita?» Y ella enseguida cambió de tema (Aleyshia, en *Orchids,* 2010).[26]
>
> Lo que quería era buscar al cirujano y suicidarme delante de él […]. Lo que me causó problemas no fue la cirugía, sino la vergüenza (Bo Laurent, en *Intersexion*, 2011)

Cuerpo, dimorfismo sexual e identidades imposibles: secretos, mentiras y silencios

> Creo que lo peor que te puede pasar es que no sepas qué te está pasando
>
> (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm,* 2006).[27]

¿Qué supone vivir con un cuerpo intersexual? ¿Cuál ha sido la vivencia de las personas cuyos cuerpos sexuados sobrepasan los límites consensuados culturalmente? Ser mujer u hombre constituye el núcleo primigenio en la formación de la identidad, y las expectativas dualistas alcanzan al cuerpo, a la identidad y a la subjetividad. No es posible ser en la indefinición, en un cuerpo no reconocido entre las dos únicas posiciones aceptadas socialmente. La sociedad leerá los cuerpos no clasificables como peligrosos, mientras que los «normales» (Goffman, 1998) asumirán que la intersexualidad es algún tipo de desviación sexual, posiblemente vinculada a la homosexualidad, la transexualidad, o incluso a otras «perversiones sexuales». Peter Trinkl (*Intersexion,* 2011), una persona que nació con genitales ambiguos, explica cómo a la gente como él se la incluye con frecuencia en el «saco de los maricones» (*faggot bag*)[28] porque no responden a las nociones de masculinidad típica. En el caso de Peter, tener un pene mucho más pequeño que sus compañeros le supuso mucho dolor, especialmente durante la adolescencia, cuando compartía vestuarios y duchas con otros chicos.[29] En *Orchids* (2010), el marido de Phoebe revela ante la cámara que

26 13’55”.

27 1:09’13”.

28 29’55”.

29 10’50”.

al descubrir que Phoebe tenía SIA y, por tanto, cromosomas sexuales XY y testículos, se cuestionó si en realidad él no sería gay.[30]

Su cuerpo les sitúa en una posición de desventaja que, en situaciones extremas, les puede llegar a convertir en blanco fácil de abusos sexuales. Tamayo (en Viera, 2011) explica cómo el uso de la violencia en el terreno sexual ha sido no solo la forma por excelencia de ejercicio de la violencia contra las mujeres, sino también contra quienes escapan del orden social establecido. En *El último verano de la boyita, Octopus Alarm* y *XXY,*[31] se exploran diferentes respuestas de disciplinamiento para aquellos que se salen de su lugar, para aquellos que osan subvertir el orden.

Según Rostagnol (en Viera, 2011), en un cuerpo que no es masculino ni femenino, sino ambas cosas a la vez, la violencia del uso y abuso del otro adquiere con más claridad que nunca su carácter de estructura de poder basándose en el género como ordenador social. Será normalmente un grupo de varones verdaderos los responsables de restaurar el orden patriarcal mediante el uso de la violencia (*XXY*, 2007). Haya o no violación cruenta, en el sentido de penetración, sí existe una violación alegórica de su intimidad (Viera, 2011: 361).

Sin embargo, para David Vandertle (*Intersexion*, 2011), lo que les sitúa en una posición de desventaja no es tanto su cuerpo, sino el secretismo que existe alrededor de su diferencia. Los secretos, la vergüenza y la violencia forman parte de la vida de la mayoría de las personas intersexuales desde prácticamente el primer minuto de vida: «Todo el mundo está deseando saber qué es el niño. ¿Cómo decirles que realmente no lo sabemos todavía?». Aileen Schast, psicóloga clínica del Children Hospital of Philadelphia, explica cómo unos genitales atípicos que no posibilitan una identidad de género inmediata son una experiencia tan traumática para las familias que puede ser vivida incluso peor que un diagnóstico de cáncer:

> En realidad tenía un padre que me dijo que casi deseó que su hijo tuviera cáncer, porque al menos la gente había oído hablar de eso. Así, cuando necesitara apoyo, les podría decir: «Esto es lo que mi hijo tiene», y la gente sabría lo que significaba. Decir: «Mi hijo tiene disgenesia gonadal mixta», eso no significa nada para ellos. Ellos [se refiere a los padres] se ven asustados y abrumados. Creo que puede ser muy confuso y provocar aislamiento en las familias. Lo que más me preocupa es que esa sensación de vergüenza comienza a desarro-

30 29’16”.

31 1:00’45” a 1:02’50”.

> llarse. «Eso es algo de lo que no puedo hablar. Tiene que ver con los genitales, no hablamos de eso». Así que no puedo decírselo a mi hermana, tampoco a mis amigos en el trabajo (Aileen Schast en *Me, my sex and I,* 2011).[32]

Tradicionalmente, este trauma inicial se ha resuelto callando y ocultando el diagnóstico, las visitas al médico, las hospitalizaciones, todas las cirugías, así como los tratamientos que se tienen que tomar de por vida. Todo el proceso de diseñar cuerpos normativos debe realizarse en silencio. Alex Jürgen afirma contundente: «Ser intersexual significa que tienes muchos secretos».[33] Nadie debe saber qué eras antes, cómo era tu cuerpo antes. La identidad corporal anterior deberá ser borrada. De manera que, muchas veces, los recuerdos sobre esos primeros años, las idas y venidas al médico, las inspecciones, las caras y miradas de preocupación, los comentarios en voz baja, las conversaciones interrumpidas, las mentiras, etc., forman una nebulosa de confusión y de dolor:

> «De hecho, lo recuerdo. En mi memoria se quedó que fui a operarme de una hernia. Pero cuando miro realmente hacia atrás, sé que eso fue lo que me dijeron que dijera a todo el mundo. Así que obviamente empecé a creerme lo que le decía a todo el mundo todo el tiempo, que me habían operado de una hernia. ¿Sabes? Para curar la hernia, pero no, lo que hicieron fue… ellos… me extirparon los testículos. Sí. Realmente no sé qué me dijeron, era demasiado joven, pero pienso que fue algo traumático para mí. De hecho tengo una cicatriz gigante, una cicatriz física»[34] […]. «Desaparecí durante un verano. Recuerdo que la gente me preguntaba por mis vacaciones y tenía que inventar historias, contar mentiras. Después de ser examinada y operada decidieron que querían traer a diez estudiantes de enfermería para que observaran mi coño mientras me metían los dedos y cosas así».[35] […] «Desde bien pequeña el personal médico y mis padres me dijeron muchas veces que tenía un cuerpo anormal y cosas así» (Bonnie, en *Orchids,* 2010). [36]

En *Orchids* (2011), Bonnie recuerda con rabia cómo, mientras le decían todo aquello, tampoco se le mostraba cuál era ese supuesto modelo saludable de cuerpo. Simplemente «observaban insistentemente los ge-

32 9’13”.

33 41’55”.

34 17’36”.

35 18’18”.

36 18’52”.

nitales y programaban cambios en su cuerpo equivocado».[37] En *Octopus Alarm* (2006), Karin, una mujer del grupo alemán de mujeres XY, explicaba como «los médicos no paraban de mirarme boquiabiertos desde que era pequeña. Me trataron como si fuera un conejillo de indias, me bajaban las braguitas y aparecían quince médicos con una cámara. ¿Cómo me iba a sentir como una persona normal?».[38]

Toda esta información y cada una de las anécdotas deben mantenerse en secreto. Se trata de cosas íntimas que deben resolverse en familia. Secretos de familia que se transforman muchas veces en odio, hacia uno mismo y hacia los demás; en rabia, al descubrir todo lo que les han ocultado o lo que les obligaron a callar, al no darles la oportunidad de decidir sobre su propia vida, sobre su propio cuerpo. En palabras de Chi-chi, se convierte en una «crítica callada»: «Te criticas por ti mismo, por dentro. Es algo que es mental, y está también la vergüenza» (Guevote, 1997).[39] En *Octopus* (2006),[40] Alex interpreta el hecho de haber pasado una leucemia como consecuencia de lo mucho que se odiaba a sí mismo y a su cuerpo. Está seguro de que esta fue la causa de enfermar, y reconoce que, una vez superado, «no empiezas un día a quererte de repente». En casa de Bonnie y Phoebe nunca se habló del tema y las hermanas crecieron sin saber que ambas tenían la misma condición conocida como SIA. Al descubrirlo, la primera respuesta fue miedo e inseguridad; más tarde llegó la rabia, seguida de caos y autodestrucción: «De alguna forma me cortaron las raíces de mi verdadera naturaleza […] Me volví una maestra de la mentira, de la fantasía, de la creación de realidad» (Bonnie, en *Orchids*, 2010).[41] Luego llegó la bulimia y, como afirma Phoebe, «buscaba maneras de escapar de quien era realmente»:[42]

> No podía entender por qué yo era tan rara. ¿Por qué a mí? Perdí todo el interés por los estudios y me distancié de mis amigas. Odiaba a mi madre, odiaba a todo el mundo, y sobre todo me odiaba a mí misma. Sabía que la gente sabía más de mí que yo misma y ese sentimiento me acompañaba todo el tiempo.

37 19’01”.

38 1:00”.

39 7’30”.

40 11’35”.

41 25’06”.

42 25’23”.

> Y eso me hacía sentir básicamente como una extraterrestre (Phoebe, en *Orchids*, 2010: 9'38").

Ser intersexual significa tener que lidiar continuamente con la mirada y el juicio ajeno. Significa someterse a su vigilancia constante, para acabar convirtiéndonos en nuestros mejores vigilantes. La vergüenza penetra en la subjetividad de la persona a partir de la mirada externa, la que refleja la norma. Anticipan Cabral y Maffia (2003) que la norma contiene una construcción de género que antecede a la lectura misma de los genitales y que es lo suficientemente fuerte como para disciplinar los cuerpos cuando no se adaptan cómodamente a lo que se espera de ellos. La ciencia, como producto social, cultural e ideológico, interpreta la realidad desde esa lectura de género, habilitando o negando unas u otras construcciones biológicas.

Para Rostangnol (en Viera, 2011), el sujeto con un cuerpo más o menos «estándar», vive su cotidianidad en una relación de transparencia consigo mismo, en la que el relieve del cuerpo se suaviza y solo plantea dificultades provisorias. Sin embargo, con un cuerpo sexualmente atípico, la relación cotidiana con el cuerpo se vuelve extrema, problemática.[43] El cuerpo se siente con insistencia o, por lo contrario, se puede borrar. La persona intersexual ha aprendido en su proceso de socialización que su cuerpo es un problema. No es de extrañar que muchas personas afectadas se acaben leyendo como peligrosas, erróneas e incluso monstruosas. Su vivencia está marcada por un estigma:

> Debido a que la gente me decía que algo malo estaba creciendo en mi cuerpo me sentía como una cosa rara. Un día fui al museo La Casa de la Naturaleza y vi bebés y fetos expuestos que tenían tres manos. Partes que no debían crecer, como yo. Debía ser un monstruo. Les dijeron a mis padres que no debían hablar del tema conmigo; que debían criarme como si fuera asexual. Ya, como si fuera posible. Les dijeron que no permitieran que les viera desnudos (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm,* 2006).[44]

Irving Goffman (1998) definió el estigma como una marca, visible o no, que ubica a la persona que lo posee en algún lugar de desventaja social, pero que solo puede actuar si la propia persona que lo posee es partícipe de esta concepción del mundo en el que su característica es un defecto, fallo o desventaja. Una anatomía de los genitales atípica, una mujer con barba,

43 Rostagnol (en Viera, 2011) se refiere a estas relaciones extremas con el cuerpo en situaciones de enfermedad o de sometimiento.

44 1:09'18".

un hombre menstruante o con pechos corresponderían al tipo de estigma que Goffman calificaría como «abominaciones del cuerpo». Todos hemos interiorizado y colaboramos en reproducir los ideales de belleza que dicen qué cuerpos son deseables y, en consecuencia, serán más exitosos. Por tanto, no solo el aparato social y los demás consolidarán mi diferencia, sino que yo misma aceptaré mi lugar en los márgenes. He aprendido el punto de vista de los «normales», y eso implica el conocimiento de que se posee un estigma particular (Goffman, 1998):

> Mirábamos hacia la playa sin mirarnos la una a la otra, como observando el horizonte. Ella dijo algo así: «Tienes una condición llamada síndrome de feminización testicular. Eso quiere decir en dos palabras que tienes cromosomas masculinos». Para mí fue como: «¡Oh, Dios mío, soy un chico!» (Phoebe, en *Orchids,* 2010).[45]

Debido a las consecuencias dramáticas de este estigma, se entiende que para muchas personas poseer un diagnóstico médico suponga una liberación y un descanso. Un diagnóstico es algo tipificado que demuestra que no eres la única persona en el mundo a quien le ocurre esto. A pesar de que un diagnosticado de DSD representa en muchas ocasiones la entrada en un circuito de normalización violenta, al mismo tiempo, proporciona la seguridad necesaria bajo la cual sentirse reconocido. «No sé, de alguna manera fue un alivio. No era una cosa extraña que solo me pasaba a mí» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).[46] El lugar de la etiqueta médica puede ser un lugar más vivible, seguro y legítimo que el de la incertidumbre, dado que proporciona una explicación científica que aleja la idea de la monstruosidad.

Sin embargo, vivir con un cuerpo sexualmente atípico sometido a exploraciones y tratamientos médicos suele convertirse en una dura travesía llena de obstáculos que cuestionan la propia identidad. Mis cromosomas, mis gónadas, mis genitales, mis pechos, mi barba, mi imposibilidad de tener hijos, no tener vagina con la que tener una relación sexual con penetración o no poder penetrar con mi pene me recordarán constantemente que, de alguna manera, ocupo un género impostado, que debería ocultar o mentir sobre mi «verdadera naturaleza» y, lo peor de todo, que mi «verdadera naturaleza» nunca podrá ser un lugar querido o deseado por los otros.

45 10’23”.

46 10’39”.

La autoevaluación, con lecturas e interpretaciones sobre las formas de ser o de actuar de un* mism* y su posible relación con el diagnóstico de DSD, se sucede continuamente. Si no soy hombre ni soy mujer, ¿qué soy?, ¿qué elementos, características o funciones corporales son vividas como determinantes a la hora de definir la identidad?, ¿cómo condiciona mi «naturaleza intersexual» mis experiencias, mis actitudes, mis deseos o mis prácticas?, ¿serán mis cromosomas XXY, serán los testículos que tengo en el interior, será un exceso de testosterona los que me hacen decir o hacer esto?

La mayoría de mujeres diagnosticadas de SIA descubren algún día que en su interior albergan cromosomas XY y testículos. Tener «testículos»[47] es un tabú para las mujeres SIA; una palabra impronunciable que les recuerda que en su origen fueron hombres —por su cariotipo XY— y que, de no ser por una mutación genética, habrían nacido varones (en *House*).[48] En la mayoría de ocasiones estas gónadas se extirpan mediante una orquidectomía profiláctica, poco después del diagnóstico, por el riesgo que corren de malignizarse. Sin embargo, nos atreveremos a afirmar que los motivos de esta intervención exceden los riesgos para la salud. Así, por ejemplo, en el caso del SIA completo se estima un riesgo de desarrollar un seminoma o un tumor de un 0,8 % (Cools *et alii*, 2006). Aún así, y a pesar de los beneficios para la salud que comporta conservar esas gónadas intactas, hasta hace bien poco no se cuestionaba esta intervención porque no podía concebirse que una mujer tuviera testículos (Groveman, 1999).[49]

De hecho, no hay nada más estigmatizante y que ponga más en duda la experiencia de feminidad de muchas mujeres que descubrir que sus gónadas no eran ovarios sino testículos. La polémica serie televisiva *House*

47 Los expertos médicos en intersexualidad cada vez están más concienciados en utilizar términos neutros como *gónadas* en lugar de *testículos*.

48 34’40”.

49 Al analizar la necesidad de practicar la orquidectomía durante la infancia, Groveman (1999) llegó a la conclusión de que venía más por un tipo de necesidad «psicológica», que por el riesgo que pudiera plantear su malignización: (1) Por el deseo de sus médicos de deshacerse de cualquier vestigio de su anatomía masculina y volver su cuerpo «congruente». (2) El igual deseo de evitar tener que explicar en la pubertad la naturaleza de la cirugía que habría que hacerse, y que surgieran cuestiones que los médicos no querían responder. (3) Fragmentos de miedo y superstición, ya que, aunque la medicina conociera la etiología y fisiología de la conocida entonces como «feminización testicular» desde 1958, se pensaba que podrían en algún momento virilizar si las problemáticas gónadas quedaban intactas (1998: 357).

se encargó de dar a conocer el estigma que acompaña a estas mujeres. En una de las escenas del capítulo traducido al castellano como «No es oro todo lo que reluce»,[50] el Doctor House espetaba contra una mujer a quien diagnosticaba de SIA: «Al final, la hembra suprema es un hombre. La naturaleza es cruel».[51] Después de ofender a la joven, acusándola de ser realmente un hombre por esconder cromosomas XY, y de que la misma se desnudará ante él para demostrar que está equivocado, el médico concluía: «Vístete. Te cortaremos los huevos. Verás que bien».[52] La Intersex Society of North America (ISNA) publicó inmediatamente después de la emisión del capítulo una carta dirigida a los guionistas y directores de la serie del famoso médico, obligándolos a rectificar y a pedir una disculpa pública por los comentarios del doctor.[53]

Pero el estigma de las personas intersexuales no solo deviene de la apariencia externa o de su anatomía interna —cromosomas, gónadas u hormonas—, sino que también depende del funcionamiento de esos cuerpos. Muchas funciones o procesos biológicos permiten participar de rituales que fijan y reifican la masculinidad o la feminidad. No poder participar de estos rituales de paso supone un nuevo extravío: «No llegué a la pubertad hasta bastante tarde. Y fue muy doloroso ser consciente de los excitantes cambios que experimentaban mis amigas. Fui espectadora del desarrollo de pechos de mis amigas, de sus reglas y del interés que despertaban en los chicos» (Phoebe, en *Orchids,* 2010).[54]

La menstruación y la maternidad son uno de esos rituales que definen con fuerza la entrada a la feminidad, el «llegar a ser mujer». Con la menstruación, además, se esperan todos esos cambios corporales que echa en falta Phoebe, además de ese carácter «propiamente» femenino —sensibilidad, labilidad emocional—, con todos sus instintos asociados —protección, cuidado y maternidad—. Por un lado, aunque muchas mujeres con SIA manifiestan abiertamente las ventajas de no tener la regla, con sus dolores y los altibajos emocionales, algunas de ellas narran expe-

50 El capítulo original se tituló «Skin Deep».

51 37'30". En el capítulo original se utilizaba la expresión: «The ultimate woman (the supermodel type) is really a man».

52 38'15".

53 Esta crítica se puede leer en el blog del ISNA de April Herndon, como House *Gets It Wrong*.

54 7'47".

riencias de ocultamiento en su relación con otras mujeres, posiblemente por el «miedo a la devaluación» que sienten estas mujeres respecto a su feminidad (Alderson, 2004). Son muchas las horas que dedican las que tienen la regla a protestar por sus inconvenientes, antes —por el «síndrome premenstrual» o por la ovulación— y durante esta. El intercambio de experiencias, de compresas o de tampones construye identidad individual y grupal (Gregori, 2012), por lo que algo tan aparentemente inocuo como no poder colocarse un tampón puede resultar muy estigmatizante:

> Y entonces todas lo intentaron y estaban como: «sí, sí, cabe sin problemas, estamos estupendas». Y entonces fue como: «bueno, voy a intentarlo. Me debería ir bien también». Y cuando fui a hacerlo no funcionó; no entró. En ese momento fue como «Vale. Hay algo mucho, mucho peor en mí más allá de no poder menstruar».[55] […] «Para cualquiera tener un bebé parece tan fácil, muchas de mis amigas están embarazadas y yo siento una punzada de pérdida observándolas. ¿Qué se siente teniendo una vida dentro de ti?»[56] (Phoebe, en *Orchids,* 2010).

Quizás sea la sexualidad el terreno pantanoso donde las dificultades se vuelven extremas. Es el lugar de la intimidad, del deseo y un lugar muy temido por la mayoría de personas con diferenciaciones sexuales atípicas. Gagnon y Simon (en Viera, 2011) aseguran que no existe nada natural en la sexualidad humana, que todas nuestras conductas sexuales son construidas como guiones aprendidos, codificados y escritos a la manera de relatos en nuestra conciencia. Estos relatos describen desde los escenarios sexuales posibles hasta las maneras en las que percibimos estados corporales como el orgasmo o la excitación.

Lo cierto es que nuestro horizonte sexual no contempla demasiados escenarios ni guiones. Un hombre demostrará su masculinidad con el tamaño de su pene y su capacidad para penetrar, mientras que una mujer sentirá que un hombre nunca podrá quererla si no puede entrar dentro de ella. Como colofón, la representación ideal del amor romántico y de la complementariedad entre sexos se resume en el coito. Él dentro de ella. Ella entregada a él. El coito simboliza la absoluta confianza, la entrega real, la fusión perfecta de hombre y mujer en un solo cuerpo, en una sola carne.

En el caso de que los cuerpos no puedan responder a este modelo de complementariedad física o acoplamiento íntimo, corresponde a la bio-

55 9’01”.

56 31’16”.

tecnología la tarea de esculpirlos hasta que funcionen. Pero este proceso implica comenzar un itinerario de normalización violenta: pasar por quirófano, por anestesias, por postoperatorios, por efectos secundarios y por secuelas, tanto físicas como psicológicas. Alex Jürgen nos acercaba a este proceso en la entrada de vídeo-diario que grabó en su habitación. Utilizando el sarcasmo para contener el dolor, nos mostraba sus cicatrices, «Bonito, ¿eh?»:[57]

> Hoy os enseñaré algo que no le he enseñado a nadie antes. He traído mis *phantoms* (dilatadores). Suena como el *Fantasma de la Ópera*, pero no es eso. Los *phantoms* (dilatadores) se utilizan para ensanchar vaginas reconstruidas o vaginas pequeñas. Después de la operación te tienes que asegurar de que la vagina se quede así o incluso estirarla más para facilitar las relaciones heterosexuales. Cuando me pusieron este dilatador por primera vez pensé que me estaban rasgando. Te sientes así durante bastante tiempo y poco a poco disminuye. Cuanto más rato lo lleves durante dos horas más vuelves a sentir este rasgado en tu interior y disminuye hasta que te tienes que sentar. Los ángulos de la parte que sale son puntiagudos y la parte interior de los muslos siempre me dolía. Esta es la siguiente talla. Comparado con la talla anterior esta es más larga. Y más gorda. Esta se utiliza para los primeros seis meses. Tienes que llevar esa por un año entero, veinticuatro horas. Hasta que todo cicatrice. Como los médicos dicen que las cicatrices encogen tienes que llevarlo por la noche, a menos que tuviera sexo dos o tres veces a la semana. A mi madre y a mí nos dijeron que después de la reconstrucción tendría que llevarlo a no ser que tuviera relaciones regularmente (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm*, 2006).[58]

Bonnie y Phoebe también recordaban con dolor el momento en el que les recetaron unos dilatadores para abrir los canales vaginales, ya que en ningún momento los médicos contemplaron la posibilidad de dejar a una mujer sin vagina. Tener vagina es condición necesaria para entrar dentro del territorio de la feminidad:

> Realmente tenía mucha envidia de que tuvieras cosas tan modernas para meterte en el chocho para dilatarlo. Para prepararte para el futuro compañero que aparecería más tarde en tu vida. Tenía este encantador cilindro blanco. […] Lo único es que tenían la punta tan afilada como una lanza. […] ¿Por qué nos dieron trozos de plástico que no son en absoluto una representación, que no parecen nada sexual para poder habituarnos, para poder actuar como seres sexuales normales? (Bonnie, en *Orchids,* 2010).[59]

57 40’35”.

58 38’20”.

59 27’07”.

En *Orchids*, Phoebe explica cómo «después de la dilatación, estaba preparada para que el sexo fuera un completo desastre. Realmente esperaba que mis amantes salieran corriendo de mi alcoba gritando "monstruo"».[60] Pensarse íntimamente con alguien puede activar todo tipo miedos y bloqueos. ¿Qué diré si descubre mis cicatrices? ¿Tendrá suficiente dimensión mi vagina dilatada para albergar un pene? ¿Se dará cuenta? ¿Me dolerá?

> Nunca sería capaz de dejarme llevar en la intimidad, porque siempre me ha dado pánico. ¿Él o ella ha notado algo? ¿Soy normal? Espero que no me vea las cicatrices, la barriga, [...] Es más estresante que correr una maratón. Es tan desagradable cuando alguien me toca ahí. Es totalmente impensable que yo deje a alguien tocarme ahí, sin que me importe. Es algo inimaginable. Es más estresante que correr una maratón (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm,* 2006).[61]

Ante la retahíla de testimonios de miedo, vergüenza, aislamiento y trauma, no nos queda otra opción que preguntarnos: ¿Borra la cirugía la intersexualidad? ¿Borra el estigma? ¿Cómo transformar un lugar negado, silenciado, en el cual hubo dolor y sufrimiento, en un lugar para el placer y el disfrute? Cuando, en *Octopus Alarm* (2006), Elisabeth Sarang le preguntaba a Alex si su incomodidad estaba relacionada con el miedo a la reacción de la otra persona, este respondía:

> Primero, algunas zonas duelen cuando te tocan. Segundo, no me pasa nada cuando alguien me toca o me roza. Ahí no tengo ninguna sensación de calor o placer. No tiene sentido que me toquen ahí. Creo que soy muy protector con esta parte de mi cuerpo a la que solo la gente mala tiene acceso. Como médicos, violadores u otra gente mala que tuve que dejar entrar. Hoy en día ya no dejo que nadie entre ahí nunca más. Nadie puede tocarme o hacerme nada ahí.[62]

El miedo, el pánico o el horror son emociones repetidas a la hora de plantearse tener relaciones íntimas o sexuales. Disponemos de un precario programa de deseo porque, en palabras de Viera, muchas experiencias no son ajenas a los «*scripts* sexuales», es decir, no pueden desligar su práctica sexual del condicionamiento corporal estereotipado que divide anatomías sexuales femeninas y masculinas y las asocia con prácticas sexuales respectivas (Viera, 2011: 364).

60 27'56".

61 47'15".

62 48'.

¿Por qué necesito que esté dentro de mí para disfrutar, para sentirme completa? Muchas personas adultas deciden modificar sus cuerpos voluntariamente, sea con cirugía, con hormonas, o con una combinación de las dos, de manera que su cuerpo pueda responder a las expectativas de cualquiera. La cirugía se brinda como única solución. Si modifico mi cuerpo, entonces me querrán y dejaré de sufrir:

Elisabeth: ¿Hasta donde llegarías? Siempre has dicho que no te gustaría pasar otra vez por el quirófano.

Alex: No quiero que me implanten un pene, pero no me gustan mis pechos, y por el hecho de tenerlos pienso que siempre se me va a tratar de «señorita». No sé cómo puedo tomármelo. ¿Qué piensas?

Elisabeth: ¿Eso significa que te gustaría deshacerte de tus pechos primero?

Alex: Eso puede que fuera la primera y única cosa que alteraría (*Octopus Alarm,* 2006).[63]

Me crié en un internado de chicos desde los 8 hasta que cumplí 18. Me di cuenta de que mis testículos se estaban atrofiando y empecé a desarrollar pechos femeninos perfectamente normales. Como resultado de eso se metieron conmigo sin piedad. Recuerdo un momento concreto en el que me levantaron unos diez chicos y me arrastraron hacia los baños y me hicieron revolcarme en el pis. Y yo pensé, bueno, si alguna vez reúno el coraje para hacer algo al respecto de esto, lo haré. Pero en aquellos días era extremadamente difícil y, uff, puedo verme reflejado entonces y ver las lágrimas caer, incluso hablando de ello. Pero lo que hice… hum… acabé haciéndome una mastectomía bilateral, no porque quisiera, sino por culpa de la presión pública por ser diferente (Chris, en *Orchids,* 2010).[64]

Tanto para Chris como para Alex Jürgen, ajustar su cuerpo a la norma para evitar más sufrimiento ha supuesto algo más que pasar por los inconvenientes o complicaciones de los procesos quirúrgicos. Ha representado en cierto modo una derrota, la sensación de haber sucumbido al mandato y a las convenciones sociales. Pero sería un error declarar que la decisión de transformar el cuerpo para que encaje en los cánones lleva implícito un fracaso personal o una falta de autonomía. El trabajo de Kathy Davis (2007) sobre cirugía estética plantea esta encrucijada. La autora critica el hecho de que la teoría feminista difícilmente considerará a una mujer que

63 29’38”.

64 39’18”.

se ha sometido a una cirugía cosmética como agente que da forma a su vida de manera activa e informada, aunque bajo circunstancias que no dependen de ella. «Ya sea que esté cegada por el consumismo capitalista, oprimida por ideologías patriarcales o inscrita dentro de los discursos de la feminidad, la mujer que opta por la "compostura quirúrgica" baila al ritmo del sistema hegemónico —un sistema que la vigila, la limita, la inferioriza—» (Davis, 2007: 99). Esa lectura asume que quien entra en ese juego solo puede hacerlo como «inepto cultural» (Garfinkel, en Davis 2007), como una víctima de la falsa conciencia o como un objeto normalizado por los regímenes disciplinarios.

Pero al igual que plantea Davis en su etnografía, es necesario ponernos en la piel de las personas afectadas para ver cómo estas le dan sentido a sus decisiones bajo la luz de experiencias encarnadas, antes y después de las cirugías. En muchos casos, la decisión de pasar por quirófano o de tomar pastillas transforma la identidad y hará posible una vida más vivible.

Rupturas y agencia. De la autoridad científica a la poética de la intersexualidad

> Elisabeth: ¿Qué esperas de esta película?
>
> Alex: Quiero demostrar que la vida de una persona intersexual no solo significa quedarse en casa, mintiendo a todo el mundo y escondiéndose. O vivir una vida tratando de ocultar lo que pasó. Si no que puedes decir: Mira, hay alguien por ahí y nadie le excluye, y si le excluye, no le importa
>
> (*Octopus Alarm*, 2006).[65]

¿Cómo cambiar o borrar el pasado? ¿Cómo hacer para, al menos, difuminarlo? «Tod*s tenemos cicatrices de caídas en la infancia. La memoria del dolor empieza a difuminarse con la cicatriz. Pero algunas cicatrices son más profundas que otras. Cuando pienso en las cicatrices de mi cuerpo, las que todavía están abiertas, son las psicológicas las que me acompañan cada día. Mi autoconfianza y mi sentido de integridad. Mi voluntad es cambiar eso, quiero cambiar eso. Porque quiero continuar con

65 3'54".

mi vida» (Phoebe, en Orchids, 2010).[66] Para Phoebe, la realización de *Orchids* se convirtió en el instrumento con el que desempolvar el dolor y los secretos guardados. Para Alex, tampoco fue fácil mostrarnos su intimidad en *Octopus Alarm*, pero, si decidió participar en el proyecto de Elisabeth, fue porque tenía una cosa clara: «No quería enseñarte esto, pero quizás ayude a algunas madres para que no les hagan esto a sus hijos».[67] Ambos rodajes representaron para sus protagonistas el ritual de iniciación que marcó la entrada en un nuevo estatus, una nueva posición social en la que dejaban de ser títeres dirigidos por la voluntad de otros. Desde este nuevo lugar no solo eran dueños de su propio destino, sino que tenían la oportunidad de ayudar a otros.

Aunque los estilos utilizados en los audiovisuales que sobre intersexualidad se han producido hasta la fecha oscilan entre la denuncia más contundente y lenguajes más retóricos cargados de metáforas, todos ellos funcionan como excusa y como motor de cambio. Son una estrategia más que efectiva para romper con lo que hizo más daño: el silencio.

Los que denuncian explícitamente inciden en ciertos aspectos como son la gestión del cuerpo en Occidente, la medicalización de la vida o la insuficiencia de categorías para hablar de sexos y de géneros. «¿Qué cuerpo es normal? La idea de normal es fluctuante. Nada en la naturaleza es normal. Somos un ejemplo perfecto de ello» (Bonnie, en *Orchids*, 2010).[68] No solo no estamos enfermos, sino que somos especiales y estamos orgullos*s de procurar diversidad y riqueza al planeta. Este es el itinerario que se repite en muchas de las trayectorias: del estigma de partida, llegaron a la aceptación y al reconocimiento y, de este, al orgullo. Chi-Chi sostiene que cuando los demás hablan sobre él «lo dicen por envidia. Es un orgullo haber nacido así».[69] Por primera vez, la noción de variabilidad y diversidad sustituye a la de enfermedad o alteración. El mundo no se divide en dos cajones, uno masculino y otro femenino, sino que son los propios cajones, construidos sobre la base de la tradición, las creencias y los mitos, los que forzosamente generan desigualdades y sufrimiento:

Elisabeth: ¿Cómo te describirías?
Alex: Un poco como entre medias.

66 11’44”.

67 41’20”.

68 19’01”.

69 8’20”.

> ELI: ¿Qué quieres decir?
> ALEX: Me refiero a entre sexos.
> ELI: En realidad, ¿cuál es la diferencia?
> ALEX: ¿Qué nos hace diferentes? ¿Dónde perteneces y cómo te ven? Si eres una mujer no se te permiten ciertas cosas. No debes ir por la calle o en el metro tarde en la noche. Tienes que estar alerta por si hay algún hombre con intenciones. Los chicos tienen más libertad, pero tienen que ser fuertes y no se les permite llorar. Los hombres tienen que ganar dinero. No quiero tener ningún rol en este mundo. Quiero que se me permita ser yo misma.
> ELI: ¿Cómo sería esto en la realidad?
> ALEX: Mi madre dejaría de decirme que me deje el pelo largo. Me pagarían lo mismo que a los hombres. Podría llevar el pelo como yo quisiera. Podría elegir mi propio nombre. No estaría obligada a llevar falda en ciertas ocasiones, a arreglarme el pelo o a pintarme los labios.
> ELI: ¿Cuándo fue la última vez que te pintaste los labios?
> ALEX: ¿Y que no fuera de negro? (*Octopus Alarm,* 2006).[70]

En *Guevote* (1997), comprobamos cómo en la República Dominicana ser *guevedoce* y situarse en el territorio fronterizo entre los sexos puede considerarse incluso un don. Se les atribuye cierto poder, aunque sea subversivo. Se cree que tienen ciertas cualidades que entrarían dentro del orden de lo sobrenatural y que les favorecen para conseguir éxito o para seducir y enamorar a mujeres:

> A veces, nadie sabe cómo es mejor. Yo les decía a ellos que fueran conforme con Dios, y que a veces los hombres completos hacían menos que ellos que no eran completos. Y asimismo fue, porque los varones míos, los que son varones de verdad, no fueron donde fueron ellos […] (16'32"). Son dichosos. Yo no levanto *na*. Ellos se levantan con una y mañana tienen otra (ríe). No sé cuál es el misterio, yo quiero conseguir el misterio, pero… (ríe). Levantan muchas mujeres, son muy dichosos con las mujeres […] (18'). Yo voy a cumplir 19 años de muerto, y no se me olvida. No sé qué pasó, no sé qué ese hombre me hizo. Yo digo que ese hombre me haría a mí algo de brujería.[71]

¿Qué hubiera sucedido si no me hubieran intervenido? Esta es otra de las preguntas que acompaña insistentemente la vida de muchas de las personas que un día descubrieron un diagnóstico de intersexualidad. ¿Qué

70 1'22".

71 22'.

hubiera sido de mí si hubieran esperado a que yo eligiera mi sexo? ¿Serían las cosas igual o no? En el caso de Tony, aunque fue educado como chica, de adulto eligió empezar a tomar un tratamiento con testosterona:

> Para mí, nunca fue para demostrar que soy un hombre. Fue un descubrimiento personal. Quería saber quién habría sido si los médicos no hubieran intervenido. Un par de meses después de empezar el tratamiento de testosterona fue bastante evidente que habría sido supuestamente varón y que mi cuerpo se habría virilizado bastante de forma natural de no haberme extirpado los testículos y todo ese tipo de cosas (Tony, en *Orchids,* 2010).[72]

Es quizás el momento de la elección del sexo el instante en el que los padres aparecen en el centro del conflicto. Ellos intentaron hacerlo lo mejor posible con la información de la que disponían, pero es cierto que esa información no contemplaba demasiadas posibilidades. Cuando una oyente del programa de radio FM4 Viena le pregunta a Alex qué haría él si tuviera un hijo así, este responde que «le diría que es muy especial, ya que ha nacido con un poquito de niña y otro de niño y que más tarde ella podrá decidir si quiere ser un chico o una chica. Le daría seguridad en sí mismo y le haría saber todo lo que ocurre» (*Octopus Alarm*, 2006).[73]

La propuesta del artista y psicólogo Knut Werner-Rosen, basada en su experiencia profesional haciendo terapia para intersexuales, es una de las pocas que se acercan a esta problemática desde un lugar distinto al de la corrección quirúrgica:

> Había un matrimonio, joven y bastante abierto, que pensaba que su hijo tenía que ser operado para ser asignado como mujer. Pensaban que el niño debía actuar como una niña, pero que esa niña no les podía hacer el favor. La madre se sienta en el baño, la niña entra, con su melena de rizos dorados. Coge el cepillo y empieza a cepillarle el pelo, lo que no hace muy a menudo. Entonces la niña dice:
>
> «¡Las niñas hacen esto a menudo!» A lo que la madre dice:
> «Sí, es verdad». La niña de cuatro años y medio dice:
> «Pero yo no soy una niña de verdad». Y la madre dice:
> «¿Qué eres tú?» La niña dice:
> «Soy un niño-niña».
> «Vale —dice la madre—, entonces eres un niño-niña».

72 21’42”.

73 1:08’20”.

> La niña deja el cepillo y se va. La madre comenta que si no hubiese ido a terapia se hubiese desmayado en el baño. La niña sabía desde hacía tiempo que estaba entre medias o que algo era diferente, podía sentir el miedo que tenían los padres a hablarle del tema. Y tan pronto como el miedo se disipó, pudo hablar de ello. Esto es realmente ejemplar para un posible desarrollo. Encontró una definición para ella. Un término: niño-niña (Knut Werner-Rosen, en *Octopus Alarm*, 2006).[74]

En *XXY*, el padre de Alex sigue protegiéndola del escrutinio externo mientras espera que la niña alcance la madurez necesaria para decidir por sí misma el sexo en el que se sienta más cómoda. Alex, que ya había tomado la decisión de dejar el tratamiento con corticoides que le impedía que le creciera la barba, responderá: «¿Y si no hay nada que elegir?».[75] En muchas ocasiones puede que no haya nada que elegir, pero eso ya es una elección. Coger las riendas de tu propia vida no implica necesariamente abandonar tratamientos o definirse en lugares intermedios. Implica desarrollar las estrategias que creen condiciones de posibilidad. Tenemos dos opciones: o entender a estas personas como víctimas de un sistema o reconocer los itinerarios de autotransformación (Esteban, 2004) donde el cuerpo funciona como agente (Connell, 1995; Juliano, 1998). Desde esta perspectiva, las personas intersexuales son capaces de resistir a las estructuras sociales y reconducir sus itinerarios más allá de las intenciones de partida, contribuyendo a su propio empoderamiento. Desde este lugar es posible dirigir nuestra vida, decidiendo el qué, el cómo, el cuándo y el hasta dónde.

Como profesionales de salud deberemos considerar esta reflexión y atender a estos itinerarios de autotransformación y a las estrategias individuales y colectivas. Para ello procuraremos dar y recibir el máximo de información posible, así como considerar otros conocimientos más allá del biomédico; concretamente, los derivados de la experiencia, de los aprendizajes personales, de intercambios o de discusiones y de las negociaciones con otras personas o grupos.[76]

74 52’50”.

75 1:15’40”.

76 El nuevo modelo de atención en intersexualidades/DSD enfatiza la importancia de fomentar el encuentro y el apoyo entre iguales (Diamond y Sigmunson, 1997), tanto en grupos de apoyo de condiciones concretas como facilitando información 2.0 sobre portales o redes sociales que ofrezcan información que contemple diferentes puntos de vista. Este

El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) es quizás uno de los aspectos que mejor condensa la tensión entre conocimiento y directrices médicas, y experiencia personal y saberes compartidos. Quizás debido a la falta de certezas sobre los efectos de los tratamientos, sobre las formas farmacéuticas menos perjudiciales, sobre las dosis exactas o sobre efectos secundarios, unido al grado de insatisfacción expresado, el THS es una de las esferas en la que hemos observado mayor grado de experimentación y de autonomía: «A los 18 dejé de ponerme las inyecciones de testosterona que llamábamos mis "vitaminas" y desarrollé pechos, y en el momento en que desarrollé pechos, me encontré. Ese fue probablemente el día más emocionante de mi vida» (Aleyshia, en *Orchids,* 2010).[77]

Por primera vez existe la oportunidad de elegir: «Antes siempre lo hicieron por nosotr*s». Alex explica con todo detalle cómo empezar a tomar testosterona fue como experimentar la pubertad por primera vez: «Normalmente a las niñas les crecen los pechos y a los chicos el pelo, etc. Yo nunca lo viví así, todo estaba controlado, empezaron a darme hormonas a los 14 años y todo empezó a crecer» (*Octopus Alarm*, 2006).[78] Pero la química del sexo está sobrevalorada, de manera que se le atribuyen capacidades extraordinarias en la conformación de la masculinidad y de la feminidad. No solo se espera que cambien la apariencia física, sino que transformen toda una vivencia. Se considera que la testosterona tiene la capacidad de compensar la falta de masculinidad. Una molécula que genera muchas expectativas porque es sinónimo de energía, de éxito y de deseo sexual, aunque muchas veces esta confianza se vea truncada tras la experiencia de tomarla. Cuando Alex comienza a tomar testosterona espera que le devuelva, no solo la energía y la fuerza, sino también la confianza en sí mismo. En su visita al psicólogo Werner-Rosen, Alex le habla de su desmotivación y su debilidad, y le dice que espera que la testosterona le ayude a superarla:[79]

> Yo no asociaría esta sensación con el hecho de ser hombre o mujer. Con todo por lo que has pasado en tu vida y por lo que estás pasando ahora. Todos estos

paradigma considera a los afectados como «expertos», con un tipo de conocimiento que debería colocarse al mismo nivel que el biomédico.

77 14'27".

78 43'50".

79 55'40" a 57'15".

> informes del hospital y el verte cara a cara contigo mismo en esta película. Has sobrevivido a todo esto; a la violación, a todo. Quiero decir, esto no es hablar por hablar, es algo increíble. ¿Y todavía necesitas una prueba de tu valentía? (Knut Werner-Rosen, en *Octopus Alarm*, 2006).[80]

Precisamente ha sido el cine uno de los medios que ha permitido visibilizar esta experimentación. Ha reflexionado en voz alta y ha explorado nuevas alternativas. Y lo más importante: ha desarrollado un nuevo lenguaje que parte de otro paradigma explicativo. Las argentinas *XXY* y *El último verano de la boyita* utilizan la metáfora visual para criticar la medicalización de los cuerpos, haciendo un esfuerzo por no utilizar referencias biomédicas. En *El último verano de la boyita,* Jorgelina está muy preocupada por la salud de su amigo Mario —sangra durante unos días todos los meses— y le pregunta a su padre, que es médico. La respuesta del doctor comienza con un largo monólogo con explicaciones sobre órganos y funciones normales y anormales: «*Todos tenemos unas glándulas…* porque genéticamente tendría que ser una mujer […]». Al poco de comenzar a hablar, la niña se cubre los oídos y empieza a canturrear para no escucharlo. Mientras, la voz de Eduardo, que persiste en dar una explicación científica al problema de Mario, se escucha cada vez más lejos. Esta escena podría representar el final de un modelo unidireccional en el que la autoridad era el médico y las personas debían callar y obedecer. Jorgelina se niega a escuchar esas explicaciones. Busca otras. Ella solo quiere saber si Mario estará bien, si no se va a morir.[81] La niña representaría ese nuevo modelo de salud que intenta imponerse desde finales de los años noventa y que prioriza los aspectos éticos de la atención y los cuidados —*ethical care*— así como una defensa activa del paciente —*patient advocacy*—.[82]

80 57'15".

81 1:01'48".

82 Entre las principales premisas que recogería este nuevo modelo estaba la de ofrecer información completa y honesta tanto a padres como a pacientes; fomentar el encuentro y el apoyo entre iguales, derivando a grupos de apoyo; proporcionar apoyo profesional y limitar las cirugías tempranas en la medida de lo posible (Diamond y Sigmunson, 1997). Tres publicaciones sentarían las bases de este nuevo proyecto de gestión «ética» de la intersexualidad: el número 4 del volumen 9 de *The Journal of Clinical Ethics* (1998), el especial sobre intersexualidad de la revista *Chrysalis* (1998) y el volumen editado por Dreger, *Intersex in the Age of Ethics* (1999).

> ¿Vos sabés cuales son mis primeros recuerdos? Las inspecciones médicas. Yo creía que había nacido tan horrible… Me habían tenido que operar cinco veces antes de cumplir un año. A eso lo llaman normalización. No, eso no son operaciones, eso es una castración. Si le operaban le hubieran hecho que tenga miedo de su propio cuerpo, y eso es lo peor que se le puede hacer a un hijo (Hombre adulto intersexual en *XXY,* 2007).[83]

¿Qué voz es la legitimada para hablar? ¿Es posible asimilar otros lenguajes y narrativas, además de la biomédica? ¿Quién tiene la última palabra a la hora de tomar decisiones sobre los cuerpos? El estreno de la película *XXY* levantó ampollas entre especialistas médicos, madres y padres, y en personas diagnosticadas con SK. El origen del malestar fue el título que Lucía Puenzo dio a su película, *XXY*. Estas siglas coinciden con el genotipo más habitual en la condición conocida como síndrome de Klinefelter. Una lluvia de críticas cayó sobre la película, alegando que, además de confundir y desinformar, era una ofensa que provocaba daño a las personas que padecían este síndrome.[84] Por su parte, parece ser que Lucía Puenzo no tuvo ningún interés en que la experiencia de Alex respondiera a los signos y síntomas asociados al SK: «No intentaba presentar un caso clínico».[85] Mauro Cabral (2008a),[86] entre otros, también defendió la elección de Puenzo, argumentando la necesidad de empezar a explorar otros lenguajes que no fueran el biomédico, lenguajes que no utilizaran insistentemente las palabras anomalía, alteración o error:

83 48'.

84 La propia Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) emitió un comunicado lamentando que «la película *XXY* acarrea algunos errores conceptuales que pueden dañar moralmente a algunos pacientes o a sus familias». En España, la película fue criticada en algunos foros de grupos de ayuda mutua del síndrome de Klinefelter, como klinefelter.mforos.com el 30 de noviembre del 2010. Mariano García se refiere a esta polémica en su artículo «El gen de la polémica», en la revista digital de cultura y noticias, *Solesdigital*:, el 20 de septiembre del 2007.

85 Ante la fuerte reacción, Puenzo dedicó una sección del sitio web de su película (<http://xxylapelicula-puenzo.com>), *Diagnóstico de Alex*, a aclarar que la película «no intenta presentar un caso clínico», aún con el asesoramiento y seguimiento del guion que han hecho médicos genetistas y padres de niños con diferentes casos de intersexualidad. La condición médica que de forma más exacta representaría Alex sería la hiperplasia suprarrenal congénita.

86 Cabral, Mauro (2008ª) No saber. Sobre XXY. Consultada el 22 de diciembre de 2010.

> No hay espacio para la intersexualidad en la metáfora. La intersexualidad no es algo sobre lo que se puede ni debe imaginar. No es algo sobre lo que se puede ni debe fantasear. No es, no puede ser, no debería ser algo con lo que alguien, uno, cualquiera, podría masturbarse. No es algo que pueda ni deba desearse, ni para uno mismo ni para otros, ni en la cama propia ni en la ajena. Sobre todo, la intersexualidad no puede ni debe ser, bajo ningún concepto, producida y puesta en circulación como una experiencia distinta a la narrada por la biomedicina. No puede haber una poética de la intersexualidad, a quién se le ocurre. No puede haber, menos que menos, una erótica (Cabral, 2008a).

Julia Solomonoff coincidirá con Puenzo y Cabral en la necesidad de acercarse al tema de la intersexualidad e investigar sobre él desde más perspectivas que la estrictamente médica. La directora, hija de médicos, de padre psiquiatra y madre ginecóloga, aseguraba en *Versión Española* (enero 2012) que fue olvidándose de la ciencia y la medicina porque no le daban respuesta a preguntas que le parecían mucho más inquietantes y fascinantes que las que plantea la biomedicina. La respuesta la encontró en el personaje de Jorgelina. En su película, la autora dirige al espectador para que se entregue a la mirada de Jorgelina, un personaje que se sitúa en esa edad entre el fin de la infancia y el principio de la adolescencia. Para ella, ese momento del despertar sexual en el que existe mucha confusión, pero también mucha intensidad y mucha curiosidad, ofrece una oportunidad para aprender formas más abiertas y flexibles de entender el mundo y la sexualidad. «Es la mirada que los va a guiar, para salir de sus miradas adultas y revisitar ese espacio que una vez transitamos. […] Inocencia no sé si es la palabra, de cierto descubrimiento, de cierto cuestionamiento, de un querer aprender, de un querer ver por primera vez. Esa es la manera de ver esta película» (Solomonoff, 2012).

Según ella, la mayoría de gente que va a ver esta película lo hace creyendo saber la diferencia entre un varón y una mujer: «Esa diferencia que es tan difícil y que me sigo preguntando a veces: pero, ¿realmente cuál es la diferencia entre un hombre y una mujer? El momento de la pregunta surge en la pubertad. Luego uno empieza a pensar que ya lo sabe. Para reaprender sería necesario volver a ese lugar, a ese marco de observación en los detalles, en el cual el espectador descubriría como Jorgelina aquello que es inusual, aquello que es diferente, y lo haría lo menos prejuiciosamente posible»:

Mario: Yo no soy como lo que sale en los libros. […] Yo no soy normal.

Jorgelina: Yo tampoco soy muy normal.

Mario: No es una cicatriz [se ve cómo le cuenta al oído su secreto].

Jorgelina: A mi abuela le salen bigotes. Igual me gustas así. (*El último verano de la boyita*, 2009)[87]

La naturalidad que muestra Jorgelina al observar los cambios corporales que experimenta su amigo Mario ofrece nuevas propuestas pedagógicas más allá de clichés y cientificismos. La niña no da nada por sentado. No ha «in-corporado» los guiones de género, y desde ahí todo puede ser cuestionado: incluso lo que significa ser hombre o mujer. Este aprendizaje requiere desaprender lo aprendido, reconocer que nadie es capaz de alcanzar ese ideal de «normalidad», pero sobre todo que tampoco lo deseamos.

Eduardo: Es muy importante para Mario y para su familia. Es probarse como hombre.

Jorgelina: ¿Por qué tiene que probar, por si no le gusta?

Eduardo: Probarse, tiene que demostrar que es un hombre.

Jorgelina: ¿Cómo lo va a demostrar?

Eduardo: Es así. Acá es así. (*El último verano de la boyita*, 2009)[88]

Solomonoff también se arriesga al criticar la asunción que distingue entre lo urbano, entendido como avance y libertad, y lo rural, asociado a retroceso y desigualdad.

> Hay esa especie de tendencia siglo xxi a pensar que las diferencias son casi como una cuestión urbana, de clase media y de gente psicoanalizada. La verdad es que la diferencia está en todos lados, se acepta de diferentes maneras. Es muy interesante para mi modo de ver que, si bien el medio de Mario es un medio de menos palabras, más rústico, yo no lo veo necesariamente más violento que el medio urbano. En Argentina, en el momento de esta historia, en una familia de clase media, clase media acomodada con acceso a medios de salud, la violencia hubiera sido mayor porque seguramente habría sido intervenido a los dos o tres años. Habría habido una violencia mucho más aséptica, mucho más garantizada por la ciencia, más normalizadora, más prolija, una violencia mucho más profunda. En donde no quisiera caer nunca es en

87 42'.

88 24'10''.

> la idea de que en el campo las cosas se manejan con una cierta violencia y en la ciudad estamos mucho más civilizados y estas cosas las hablamos y somos más progres y más abiertos (Solomonoff, 2012).

Solomonoff aborda esta tensión en la relación que construye entre Eduardo y los padres de Mario, Elba y Óscar. En esta, el discurso de la ciencia en manos de Eduardo aparece siempre en contraste con el discurso de la inocencia de Jorgelina y el de la ignorancia que representan los padres de Mario. Estos últimos, analfabetos porque dedicaron su vida a trabajar duro en el campo al servicio de otros, hicieron su propia interpretación y valoración de la información médica, y fueron ellos, en última instancia, quienes decidieron no intervenir. La agencia de los padres es juzgada por el médico como un atrevimiento imprudente. En una conversación de Eduardo con Elba, la madre sostiene:

> Elba: Nos dijo el médico que le crecería [se refiere al pene], y como creció tan sanito, no dijimos más.
>
> Eduardo: ¿Pero esto no lo vio ningún médico?
>
> Elba: Yo vi que el doctor puso una cara rara. Después de unos días se pasó el dolor [causado por la menstruación] y ya vino la cosecha. Él se curó solito. (*El último verano de la boyita*, 2009)[89]

La nueva retórica intersex de principios de siglo xxi ha llegado traducida en imágenes, con un lenguaje que celebra la diferencia y que busca las maneras de no seguir reproduciendo estigmas: «¿Cómo hace uno para representar aquello que es violento sin ser violento? ¿Cómo contar ciertas estigmatizaciones y no caer en la misma estigmatización?» (Solomonoff, 2012). De la misma manera, al analizar la película *XXY,* Viera se pregunta cómo podría Alex conformar una identidad a partir de una corporalidad negada; ¿cómo puede aceptar un cuerpo y, por tanto, aceptarse, cuanto ese cuerpo la/lo colocaría en situación de «desacreditable»? En definitiva, ¿en qué tipo o tipos de cuerpos nos permite pensar nuestra sociedad actual? ¿Qué ejemplos de cuerpos tenemos para elaborar nuestra identidad? (Viera, 2011).

La autora citará a Mary Douglas (1978) para recalcar que son las clasificaciones de la sociedad las que ordenan y las que nos permiten pensar el mundo físico y, como parte de él, el cuerpo. Si esto es cierto, será necesario

89 56'.

elaborar nuevas clasificaciones, un nuevo orden que, para Mauro Cabral (2008b), solo puede construirse desde el lugar del *deseo*. «La autonomía decisional y la integridad corporal no son suficientes. No nos alcanza con el respeto y con la aceptación, sino que vamos, en cambio, por el deseo». No hay que aceptar o tolerar la diferencia. Hay que desearla. Entre las posibles estrategias, Julia Solomonoff (2009) sugiere que exploremos nuevos lenguajes para hablar de (inter)sexualidad, como por ejemplo, el de la poesía: «La poesía tiene el mismo nivel de respuesta que la ciencia. Estamos en un momento de la historia que pareciera que la verdad pasa por la ciencia, y la verdad también pasa por la poesía, pasa por el arte, pasa por un montón de otros lugares, por la intuición».

A modo de conclusiones

En *X-Men: La decisión final* (2006), hay una cura para los mutantes que amenaza con alterar el curso de la historia. Por primera vez, los mutantes pueden elegir: seguir con su singularidad, aunque eso los aísle y los separe, o renunciar a sus poderes y convertirse en seres humanos normales. Esta tercera entrega de la saga *X-Men* pone sobre la palestra algunas cuestiones que las intersexualidades plantean de cara al futuro. Una de ellas podría ser: ¿Desearías tener un bebé con SIA? Las investigaciones actuales ante cualquier enfermedad rara o poco común van dirigidas a detectar el gen o cadena de genes responsable con el objetivo de detener o evitar la mutación. Con la misma finalidad, en los últimos años se ha multiplicado el número de ensayos médicos que realizan estudios genéticos familiares en personas con DSD. Actualmente, las diferentes formas de intersexualidad/DSD son consideradas médicamente como anomalías congénitas, con lo que, en el caso de que se detecten bajo diagnóstico prenatal, se recomendará abortar en la mayoría de los casos. Partiendo de esta lógica, ¿cómo podremos considerar normal y deseable una situación que investigamos cómo erradicar?

Si confrontamos esta tendencia biomédica de perfeccionamiento de cuerpos y erradicación de diferencias con las propuestas audiovisuales que hemos ido revisando, nos tropezaremos con fuertes contradicciones y paradojas que comprometen las vidas de las personas con una diferenciación sexual atípica, de sus familias o parejas. El fin del discurso único es un hecho. Pero en esta diatriba, ¿cómo han recibido y qué esperan de

esta nueva mirada fílmica aquellos que viven la intersexualidad de cerca o en primera persona? ¿Qué respuestas se han generado dentro del contexto español ante estos primeros documentales y películas?

Aunque responder a estas preguntas implicaría comenzar un nuevo capítulo, acabaremos el que nos ocupa sugiriendo algunas hipótesis al respecto. Tal y como introdujimos con anterioridad, la reacción ante el título de la película *XXY* podría ser una clara respuesta al estigma y el secretismo que sigue acompañado estas situaciones, así como a la necesidad imperiosa que tienen los afectados de que por fin se visibilice, se conozca y se informe con seriedad sobre sus condiciones concretas. Las expectativas de quien ha sufrido en silencio un diagnóstico de DSD frente al visionado de una película que aborda el tema son muy altas: se espera información rigurosa y científica sobre cada condición concreta, pero además buscamos que los protagonistas se parezcan lo más posible a lo que un* es, a lo que hubiera deseado ser, a lo que un* espera ser, a cómo le hubiera gustado ser tratado y cuidado, a cómo desea que lo vean los demás, o a lo queremos que sean nuestros hijos en el futuro. Se espera que esas imágenes den una visión cercana, normalizada y cotidiana que desplace cualquier aproximación negativa o distorsionada.

La buena o mala acogida de estos audiovisuales ha seguido la lógica que planteara en su día Paul Julian Smith (1992: 134) sobre «el buen homosexual». En esta ocasión, la mirada de afectad*s e implicad*s busca en los documentales referentes positivos del «buen intersexual». Pero, ¿qué significa esto? Socialmente se atribuye a la intersexualidad cierta trasgresión del orden natural, una desviación del esquema de dos sexos que lleva implícita la posibilidad de desviación del esquema heterosexual. Por tanto, y en la línea que planteaba el trabajo de Ballesteros (2001), no es el concepto de *intersexualidad* lo que está siendo legitimado, sino el sujeto intersexual, gracias a una vida social, a sus logros, a su compromiso, a pesar de su intersexualidad. Los referentes positivos de personas intersexuales que se buscan en estos trabajos hablan en realidad de referentes «normativos», es decir, modelos positivos que recreen los valores tradicionales y que no propongan nuevos modelos. La agenda social de dignificación supone mantener relaciones dentro del marco familiar tradicional; una imagen positiva que se relaciona con el amor, la pareja, la fidelidad, la entrega, la renuncia, la procreación o la familia (Ballesteros, 2001: 104). Así, pudimos comprobar que los audiovisuales que subvierten este modelo y sugieren otros parámetros de relación, con roles de género ambiguos que

hacen explícitas sexualidades no normativas, fueron recibidos en muchas ocasiones como ofensivos o peligrosos, o como inadecuados o irreales.[90]

La paradoja y la contradicción no dejan de ser un buen lugar de partida para la reflexión. Para avanzar desde aquí, deberemos seguir atent*s a los discursos emergentes sobre intersexualidad, sin olvidar entre ellos los que no salen de manuales médicos: los que se sueñan, los que subvierten, los que provocan y los que utilizan metáforas u otras figuras retóricas.

Filmografía

Armiñán, Jaime (1971) *Mi querida señorita*. España.

Eshaghian, Tanaz (2008) *Be like others*. New Cork.

Giles Harrison, Giles (2011) *Me, my sex and I*. Reino Unido.

Hart, Phoebe (2010) *Orchids: My intersex adventure*. Australia.

Jacobs, Kate *et alii* (2006) «Skin deep», en *House,* S213. Estados Unidos.

Lahood, Grant (2011) *Intersexion (Is he or isn´t she?)*. New Zelanda.

Puenzo, Lucia (2007). *XXY*. Argentina: Wanda Vision, 91 mins.

Ratner, Brett (2006). *X-Men: La decisión final*. Canadá, Estados Unidos-Reino Unido: Twentieth Century Fox Film Corporation, 105 mins.

Sánchez, Rolando (1997). *Guevote, Wie ich mich fuelle, so bin ich.* Switzerland.

Scharang, Elisabeth (2006). *Tintenfischalarm (Octopus alarm).* Austria.

Solomonoff, Julia (2009). *El último verano de la boyita*. Argentina.

Versión Española (2012) *Entrevista a Julia Solomonoff*. Televisión Española.

90 Estas hipótesis finales son el resultado del trabajo de campo realizado desde el año 2004 hasta la actualidad y en el que hemos participado en debates sobre películas o documentales dentro de grupos de apoyo de condiciones intersexuales concretas. Así, por ejemplo, comprobamos que documentales como *Octopus Alarm* producían ansiedad en muchos padres, quienes consideraban a Alex Jürgen un personaje problemático que fomentaba la culpa en ellos. Sin embargo, el documental de *Orchids* fue recibido con entusiasmo. Phoebe se casaba y el documental finalizaba cuando adoptaban un niño. Era visto como menos polémico y como apto para compartir en familia e incluso utilizarlo como excusa para sacar el tema en casa con hijas adolescentes.

Bibliografía

Alderson, J.; Madill, A. y Balen, A. (2004) «Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome». *British Journal of Health Psychology*, 9: 81-100.

Baechler, M. N. (2006) «Children are not disorders». *Archives of Disease in Childhood* Online, Electronic Letter, 29 August.

Ballesteros, I. (2001) *Cine (ins)urgente: Textos fílmicos y contextos culturales de la España postfranquista*. Madrid: Fundamentos.

Blázquez, F. (1977) *Cuarenta años sin sexo*. Madrid: Sedmay Ediciones.

Bolin, A. (2003) «La transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género».

En Nieto, J. A., (Coord.) (2003) *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa, pp. 231-260.

Butler, J. (2006) *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Cabral, M. (2008b) «Party of one. Dilemas del activismo intersex contemporáneo». En Dauder, S.; Gregori, N. y Hurtado, I. (2008) *Intersecciones disciplinares y producción de cuerpos sexuados. Conocimientos y cuerpos diaspóricos*. Seminario UIMP, Valencia. 29 septiembre-2 octubre 2008.

Cools, M.; Drop, S. L. S.; Wolffenbuttel, K. P.; Oosterhuis, W. J. y Looijenga, L. H. J. (2006) «Germ Cell Tumors in the Intersex Gonad: Old Paths, New Directions, Moving Frontiers». *Endocr. Rev*, 27: 468-484.

Coyne, I. y Harder, M. (2011) «Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective». *Journal of Child Health Care,* 15: 312-319.

Connell, R. W. (1995) *Masculinities.* Berkeley: University of California Press.

Creighton, S. (2004) «Special Issue Intersex». *The Psychologist*, 17(8): 153-157.

Diamond, M. y Sigmundson, K. (1997) «Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151: 298-304.

Davis, K. (2007) *El cuerpo a la carta. Estudios culturales sobre cirugía estética.* México: La cifra editorial.

Diamond, M. y Beh, H. (2006) «Variations of sex development instead of disorders of sex development». *Archives of Disease in Childhood Online*, Electronic Letter, 27 July.

Douglas, M. (1978) *Los símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza ed.

Dreger, A. (1999) *Intersex in the Age of Ethics*. Maryland: University Publising Group.

Dreger, A. y Herndon, A. (2009) «Progress and Politics in the Intersex Rights Movement». *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2): 199-224.

Esteban, M. L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Foucault, M. (1985) *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Revolución.

García-Dauder, S. y Romero, C. (2012), «Los desplazamientos políticos de las categorías médicas: Actores, discursos y relaciones en la controversia "Disorders of sex development" versus "Intersex"». En Pérez Sedeño, E. y Ibañez, R. (Coord.) (2006) *Cuerpos y diferencias.* Madrid: Plaza y Valdés, pp. 153-157.

Goffman, I. (1998) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gracia Bouthelier, R. (2002) «Anomalías de la diferenciación genital». En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (7.º Curso de Formación de Postgrado) *Estados intersexuales e hipogonadismo.* Barcelona: J&C Ediciones Médicas.

Gregori Flor, N. (2014) «El "llegar a ser" Mujer/Hombre desde un diagnóstico de Intersexualidad o ADS». En Pérez Sedeño, E. y Ortega, E. (Coord.) (2014) *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra, pp. 423-468.

Groveman, S. (1999) «The Hanukkah Bush: Ethical Implications in Clinical Management of Intersex». En Dreger, Alice Domurat (Coord.) (1999) *Intersex in the age of ethics*, Maryland: University Publishing Group, pp. 23-28.

Hontanilla, A. (2006) «Hermafroditismo y anomalía cultural en *Mi querida señorita*». *Letras Hispanas: Revista de Literatura y Cultura.* Volume 3.1, Spring 2006, pp. 113-122.

Juliano, D. (1998) *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Schober, J. M. (1999) «A Surgeon's response to the intersex controversy». En Dreger, A. D. (Coord.) (1999) *Intersex in the age of ethics*. Maryland: University Publishing Group, pp. 161-168.

MacKenzie, D.; Huntington, A. y Gilmore J. (2009) «The experiences of people with an intersex condition: a journey from silence to voice». *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1775-1783.

Maffia, D. y Cabral, M. (2003) «Los sexos ¿son o se hacen?». En Mafia, D. (Coord.) (2003) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero.* Buenos Aires: Seminaria, pp. 86-97.

Money, J.; Hampson J. y Hampson, J. (1955) «Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management». *Bulletin of the John Hopkins Hospital,* 97: 284-300.

Piro Biosca, C. (2002) «Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico». En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (7.º Curso de Formación de Postgrado) *Estados intersexuales e hipogonadismo*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, pp. 129-140.

Sanders, C., Carter, B. y Goodacre, L. (2011) «Searching for harmony: parents' narratives about their child's genital ambiguity and reconstructive genital surgeries in childhood». *Journal of Advanced Nursing*, 67 (10): 2220-2230.

Smith, P. J. (1992) *Laws of desire. Question of homosexuality in Spanish writing and film, 1960-90.* New York: Oxford University Press.

Vázquez, F. y Moreno, A. (1995) «Un solo sexo. Invención de la monosexualidad y expulsión del hermafroditismo (España, siglos xv-xix)». *Revista de Filosofía*, 11: 95-112.

Vázquez, F. y Cleminson, R. (2010) «Subjectivities in transition: gender and sexual identities in cases of "sex change" and "hermaphroditism" in Spain, c.1500-1800». *History of Science*, 48: 1-38.

Viera, M. (2011) «Que se enteren. Cuerpo y sexualidad en el zoom social. Sobre *XXY*». *Estudos Feministas*, Florianópolis, 19(2): 351-369.

Wiesemann, S.; Ude-Koeller, C.; Sinnecker, G. H. G., y Thyen, U. (2009) «Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents». *Pediatrics*, 671: 674-76.

CUERPOS IMPROPIOS:
AMPUTACIONES VOLUNTARIAS Y REFLEJOS MEDIÁTICOS

Inmaculada Hurtado García
Universidad CEU Cardenal Herrera
inmaculada.hurtado@uch.ceu.es

Nadie sabe lo que puede un cuerpo

Una mañana, Robert Vickers compró una gran cantidad de hielo seco y se dispuso a destruir su perfecta y saludable pierna izquierda.[1]

(*Body Identity. Catalyst,* 2009)

Resumen: El deseo de amputación es una de las manifestaciones occidentales de malestar más extraña de los últimos tiempos. Con ella no solo no persiguen los ideales corporales vigentes en nuestra sociedad, sino que además su ejecución supone una pérdida funcional. ¿Por qué prescindir de un miembro sano? Las respuestas de las personas afectadas coinciden en el motivo: porque les sobra. Son partes de su cuerpo que perciben como ajenas, por lo que reclaman el ajuste de su cuerpo a su identidad. En la cirugía buscan la tajante solución, y en internet información y conexión entre quienes comparten la mismas necesidades. Al igual que en otros casos de difícil encaje en los cánones de la normalidad, la vergüenza y aislamiento de la experiencia personal, contrasta con la amplificación social inherente al medio audiovisual. De hecho, de no ser por los medios de comunicación masiva, no sabríamos de estos casos. Hay quien considera incluso, que si no fuera por estos medios y el efecto viral de su capacidad difusora, quizás no se hubiera dado un incremento en su incidencia (Bell, 2007).

El cine, la televisión e internet son canales informativos que han cambiado nuestro acceso al conocimiento científico sobre la salud y la enfermedad, pero también actúan como entornos performativos de los malestares. Estos

1 Trad. propia. Consultado el 28 de mayo de 2012.

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 101–122. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

espacios virtuales permiten crear y recrear grupos de apoyo en los que se legitiman procesos no reconocidos por la biomedicina y consiguen invertir la jerarquía de lo relevante, en donde ya no es tan importante el cuántos como el qué. Se propone una reflexión sobre el fenómeno de las amputaciones voluntarias en sí, sobre su traducción mediática y sobre el marco social en el que se generan estas distopías contracorporales. Los distintos productos audiovisuales que se han acercado ha este tema nos van a servir de guía para reconstruir el caso y como termómetro social de cómo se acogen socialmente las demandas de lo no normativo.

Palabras clave: deseo de amputación; ideales corporales; identidad; biomedicina; distopías contracorporales

Abstract:: Amputation's desire is one of the strangest Western demonstrations of discomfort in recent times. Amputations do not only get away from our society's existing body ideals, but constitute, in addition, a functional loss. What is the point of getting rid of a healthy limb? Responses by those affected match about the motive: because they are spare. They are parts of their bodies that they perceive as alien, and so they make their bodies to adjust to their identity. They seek radical solutions in surgery, while online information and connection among those who share the same needs. As in other cases which do not easily fit in the canons of normality, shame and the isolation of personal experience contrast with the social amplification inherent in the audiovisual medium. In fact, were it not for the mass media, we would not know of such cases. Some even consider that if it were not for the media and the viral effect of dissemination capacity, there might not have been an increase in their impact (Bell, 2007).

Cinema, television and the Internet are information channels who have changed our access to scientific knowledge about health and disease, yet also act as performative settings for discomfort. These virtual spaces allow the creation and recreation of support groups where procedures that are not recognized by biomedicine are legitimized and so the hierarchy of what is relevant is overturned, where the number is not as important as the issue itself. Here we propose to reflect on the phenomenon of voluntary amputation, on its media translation, and on the social framework where these anti-body dystopias are generated. The various audiovisual products that have addressed this issue will provide guidance to reframe the case as well as a social thermometer of how the demands of the non-normative are socially received.

Keywords: desire for amputation; body ideals; identity; biomedicine; anti-body dystopias

El deseo de amputación es una de las manifestaciones occidentales de malestar más singular de los últimos tiempos. La amputación no solo no tiene como fin encarnar los ideales corporales vigentes en nuestra sociedad, sino que además su ejecución supone una pérdida funcional. Entonces, ¿por qué prescindir de un miembro sano? Las respuestas de las personas afectadas coinciden en el motivo: porque les sobra. Son partes de su cuerpo que perciben como ajenas, por lo que reclaman el ajuste de su cuerpo a su identidad. En la cirugía buscan la tajante solución; en internet, información y conexión entre quienes comparten la mismas necesidades.

Personalmente es vivido como un tema tabú, socialmente es considerado un sinsentido. Pero al igual que en otros casos de difícil encaje en los cánones de la normalidad, la vergüenza y aislamiento individual contrastan con la amplificación social inherente al medio audiovisual. De hecho, de no ser por los medios de comunicación masiva, estos casos hubieran quedado circunscritos al ámbito médico. Hay quien incluso considera que la capacidad difusora de estos canales es la responsable del incremento en la incidencia (Bell, 2007; Parsell, 2008). El cine, la televisión e internet han cambiado nuestro acceso al conocimiento científico sobre la salud y la enfermedad, pero también actúan como entornos performativos de los malestares. Estos espacios virtuales permiten crear y recrear grupos de apoyo en los que se legitiman procesos no reconocidos por la biomedicina y consiguen invertir la jerarquía de lo relevante, donde ya no es tan importante cuántos son, como lo que les ocurre.

Los medios audiovisuales funcionan como espejo de los diversos planteamientos tanto sociales como biomédicos surgidos a propósito de las amputaciones voluntarias. En su reflejo son presentadas como una incógnita científica por esclarecer, una oscura aspiración occidental que indagar, un debate sobre los límites de la cirugía o, simplemente, una rareza contemporánea más por explotar. El mundo actual también exhibe historias de lo diferente, pero, a diferencia de otras épocas, lo que acontece cotidianamente colma en buena medida la sed de espectáculo de la alteridad. Versamos sobre la realidad como antes se hacía sobre la ciencia ficción, pues los avances tecnológicos actuales hacen que sea difícil saber quién encabeza los horizontes: si la ciencia o la ficción; y si el mañana es perfilado por lo posible o por lo imaginable.

En este artículo quiero hacer una revisión del acercamiento que el mundo audiovisual, en su variedad de géneros, ha hecho al tema de las amputaciones electivas. Trataré de reflexionar sobre el fenómeno en sí,

sobre su traducción mediática y sobre el marco social en el que se generan estas distopías contracorporales. Los distintos productos audiovisuales que se han acercado a este tema nos van a servir de guía para reconstruir el caso y de termómetro para saber cómo se acogen socialmente las demandas de lo no normativo.

El cuerpo, la biomedicina y sus secuelas

> El concepto de cuerpo no es un hecho objetivo e inmutable, sino un valor producido tanto por la historia personal del sujeto como por la presencia del entorno físico y cultural en el que desarrolla su existencia.
>
> (Cortés, 1996: 19)

El cuerpo es una de las mayores preocupaciones del ser contemporáneo y el *locus* de algunos de los debates sociales más complejos en los que las distintas concepciones religiosas, éticas y biomédicas muestran sus principios más sólidos. Cada una, con su propia cosmovisión del cuerpo, defiende cuáles deben ser los límites de su modificación en cuanto a forma y a funciones se refiere. Y no es extraña esta vigilancia, si tenemos en cuenta que la tecnología va cada día ampliando horizontes que acortan la distancia entre lo deseable y lo factible.

Las esencias corporales han sido desafiadas, y la poética del horizonte identitario ha pasado a materializarse en la protética. Las «tecnologías del yo»[2] (Foucault, 1990) se han ido popularizando; cirugías, cremas y prótesis son recursos cada vez más accesibles para la población, vehículos legítimos para expresar el «verdadero yo». Marcadores corporales como el sexo, la raza o la edad han dejado de ser ejes inamovibles. Se reasignan genitales, se eliminan las marcas del avance de los años y, con ello, se ajustan las identidades sexuales, las identidades estarían buscando una congruencia entre el cuerpo y su imagen corporal.

La idea que pervive en estas lógicas es que dando forma a nuestro cuerpo damos forma a nuestra vida. En nuestro contexto sociopolítico, el

2 Las tecnologías del yo son aquellas que «permiten a los individuos efectuar, solos o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas, su manera de ser; es decir, transformarse con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de pureza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad» (Foucault, 1990: 46).

cuerpo es entendido como un objeto propiedad del sujeto que lo habita. Desde esa perspectiva, un estado donde no haya una relación de propiedad entre el cuerpo y el yo es un estado no deseado que justifica el derecho a la consonancia. «Yo soy el cuerpo que quisiera ser» es el subtexto que rige estos proyectos de reforma corporal[3] no exentos de paradojas, pues para ello el agente (social) ha de convertirse en paciente (médico).

La biomedicina, por su parte, tiene que responder a demandas contemporáneas que son cada vez más complejas, como el mandato de acomodar los cuerpos a las identidades «verdaderas». Esto hace que sus profesionales se enfrenten a las normas sociales vigentes e incluso a su código deontológico. No es de extrañar el éxito de la trasformación de lo médico en mediático. En la última década se han multiplicado los seriales que trascurren en hospitales, en consultas de médicos o cirujanos, en los que el dilema y el enigma alimentan a partes iguales la trama. El cuerpo es entonces texto y pretexto, escenario de aflicciones y de resistencias; su tratamiento, núcleo de contradicciones y paradojas. El cuerpo vivo (*House*), muerto (*Bones*) o en la liminal frontera (*Urgencias*) y las intervenciones sobre él son temática preponderante de series televisivas actuales, pero también de documentales y largometrajes.

Las amputaciones voluntarias también han sido objeto de la escrutiñadora y elocuente mirada fílmica. El primer caso documentado sobre el deseo de amputación data de 1785 (Lawrence, 2006), y ya en 1994 encontramos el primer reportaje televisivo dedicado íntegramente a los llamados *wannabes*. A partir de aquí, el tema ha sido abordado desde distintos formatos: el serial televisivo, el reportaje, el cortometraje, el largometraje; y distintos géneros: el cine negro, el documental, la comedia o el drama.

3 Por «proyectos de reforma corporal» Jean y John Comaroff (1991) entienden las «acciones colectivas que implican directamente al cuerpo y que provocan el surgimiento de sujetos nuevos y de transformaciones en las relaciones entre los individuos y los procesos sociales» (en Esteban, 2004: 242).

La identidad, la integridad y su desorden

> Esa fue la primera vez que lo intentó con el hielo seco. Pero los médicos consiguieron salvar su pierna. Más aún, consideraron que estaba loco. Le dieron tranquilizantes, antipsicóticos y terapia electroconvulsiva.[4]
>
> (*Body Identity. Catalyst*, 2009)

Hay personas que comparten el deseo/necesidad de que se les ampute algún miembro de su cuerpo. Muchos saben no solo cuál, sino el nivel exacto de amputación que desean: habitualmente la pierna izquierda por encima de la rodilla. Se trata de una parte perfectamente sana, pero su experiencia es que excede el límite donde sienten que termina su cuerpo. Según las investigaciones, se suele dar desde la infancia y se mantiene de manera persistente a lo largo del tiempo. El deseo aumenta en intensidad y urgencia conforme el tiempo avanza, por lo que la necesidad de la intervención quirúrgica es vista como la única solución posible para que su yo sea congruente con su cuerpo.

Este malestar ha sido interpretado, básicamente, desde tres modelos distintos: el de la parafilia, el del trastorno somatomorfo y el del trastorno de identidad. En 1977, John Money, experto en sexualidad de la Johns Hopkins University, le dio el nombre de *apotemnofilia* (literalmente, «amor por la amputación»). Fue considerada una forma de parafilia, esto es, una desviación sexual. Junto a esta etiqueta estaba la *acrotomofilia*, definida como la preferencia sexual hacia personas con amputaciones (Money *et alii*, 1977).

Un número importante de publicaciones ha atribuido estos síntomas a trastornos somatomorfos, siguiendo patrones explicativos como el de la anorexia nerviosa. Los síntomas se explican por una percepción distorsionada de una parte del propio cuerpo considerada fea o anormal (Bayne y Levy, 2005). Algunas de las argumentaciones psicológicas apuntan a que podría tener que ver con la falta de atención o abandono en la infancia. En esta línea, Richard Bruno, del Englewood Hospital de New Jersey, propuso en 1997 el nombre de *trastornos facticios de la discapacidad*.[5] Los dividió

4 02'58" a 03:14. Trad. propia.

5 Los trastornos facticios se caracterizan por la producción intencional de enfermedades o lesiones en ausencia de afecciones comprobadas relacionadas con la sintomatología que se

en tres grupos a partir de los mismos nombres con los que se autodesignaban: *devotees*, o aquellos a quienes los atraen las personas con amputaciones; *pretenders*, que usan sillas de ruedas y muletas para parecer amputados; y *wannabes*, quienes quieren ser amputados.

El último modelo explicativo es el que actualmente tiene más peso en el campo médico. El malestar se considera un desorden de identidad de la integridad corporal (Body Integrity Identity Disorder, BIID). Esta entidad nosológica fue usada por primera vez en el 2004 por Michael First, profesor de psiquiatría clínica de la Universidad de Columbia. Otro nombre con el que también es conocido es el de *trastorno de la identidad de amputado*. El término fue acuñado en el año 2000 por Gregg Furth, psicólogo infantil y colaborador de John Money. Para Furth, no era un malestar ajeno, en tanto que *wannabe* demandante de una intervención de amputación.

Los que trabajan en esta última línea definen el BIID como una condición psicológica en la que el individuo solicita una amputación voluntaria, dado que su cuerpo no se corresponde con la concepción que tiene de sí mismo. Para sentirse completo necesita perder un miembro. Los profesionales que defienden esta explicación consideran que a los que sufren ni les mueve el deseo de producirse enfermedades para obtener el rol de enfermo, como ocurre en el síndrome de Munchausen, ni tampoco buscan con ello obtener placer sexual. A diferencia del trastorno corporal dismórfico, no hay partes del cuerpo que se ven como enfermas, feas o defectuosas, sino que se trata de un desajuste entre sus cuerpos y la representación que tienen de estos. Mientras que en el trastorno dismórfico se trataría de la percepción de la imagen corporal, en el BIID es una cuestión de identidad en la que el cuerpo excede el esquema corporal, en el que los límites del yo no se corresponden con los límites corporales. Es decir, mientras que en el primer caso ven el miembro desfigurado, en el segundo sienten que no es propio, que no les pertenece.

El BIID se asemeja a uno de los modelos explicativos de la transexualidad, el trastorno de la identidad de género (Gender Identity Disorder, GID). En ambos casos el salto es el mismo: de enmarcar el trastorno desde el fetichismo sexual se ha pasado a situarlo en el campo de la identidad. Desde esta perspectiva, *wannabes* y transexuales demandan que partes

exhibe. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la presencia de signos o síntomas facticios no implica ausencia de trastornos verdaderos (Bruno, 1997).

sanas de su cuerpo sean eliminadas quirúrgicamente corrigiendo así la incongruencia que perciben entre cuerpo e identidad, entre su cuerpo y su imagen corporal. El GID implica que hay un trastorno en el establecimiento de la identidad de género, y el BIID supone que hay una función análoga afectada, llamada *identidad de la integridad corporal*, dado que se desvía de la realidad anatómica (First, 2005a). El concepto de *identidad de la integridad corporal* (Body Integrity Identity) incluiría diversos estados psicológicos complejos que contribuyen a que consideremos nuestro cuerpo como propio y no como extraño.

Se estuvo deliberando la entrada del BIID en el recién publicado DSM-V como entidad similar al GID.[6] La propuesta venía del mismo doctor First, coautor del DSM-IV y consultor de la próxima edición. No obstante, en la discusión previa afirmaba que había que valorar las ventajas e inconvenientes de formar parte del catálogo de enfermedades mentales. La inclusión en el DSM-V facilitaría el acceso a recursos para su tratamiento, ya que sería más ampliamente reconocido por la comunidad médica y validaría las experiencias personales de malestar. Como inconvenientes, se cernía la duda sobre el lugar que debería ocupar en la clasificación y sobre el riesgo de estigma que lleva aparejada la enfermedad mental. Finalmente, no se incluyó, aunque sí se cita cuando se menciona el trastorno dismórfico corporal, considerando el BIID entre los desórdenes o síndromes de baja frecuencia o culturalmente específicos (American Psychiatric Association, 2013).

Distintas disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la cirugía, la sexología, la neurología o la filosofía se han interesado en estos casos, no tanto por su relevancia numérica, sino por el carácter de sus demandas y los conflictos éticos que plantean a la sociedad en general y, en particular, al estamento biomédico. No hay consenso en el origen del deseo y, por tanto, tampoco lo hay en cómo hacerlo desaparecer. Se han utilizado terapias de aversión, psicoterapia, antidepresivos y musicoterapia; incluso en uno de los artículos se apunta que introducir agua caliente y luego fría en el canal del oído reduce la urgencia (Ramachandran y McGeoch, 2007). El

6 A pesar de la vigencia de las explicaciones psiquiátricas, hay investigaciones que apuntan a hipótesis neurológicas. Dos estudios, uno de Paul McGeoch *et alii* (2009), de la Universidad de California en San Diego, y otro de Fabienne Staub (2009), del Hospital Universitario de Ginebra, señalan que ambos trastornos tienen su origen en alteraciones en la zona del cerebro implicada en la construcción de la representación mental del cuerpo o de la imagen corporal.

caso es que ninguna de ellas ha demostrado ser eficaz para solucionar el problema, por lo que la amputación se propone como una de las soluciones (Smith, 2004). La falta de soluciones y consenso nos remonta a las preguntas principales: ¿Cuál es el origen de esta necesidad? ¿Cómo tratar este malestar? ¿Terapia o amputación? Seguimos sin resultados concluyentes ni para explicarlo ni para tratarlo, por lo que las investigaciones siguen en curso y los debates sociales abiertos.

Cuerpos impropios, subjetividades desde lo sobrante

> No entiendo de dónde viene o qué es, simplemente, no quiero tener piernas. Siento que mis piernas no me pertenecen, que no deberían estar ahí. Es tan real para mí como lo puede ser para la gente con cuerpos-capaces, la sensación que ellos tienen, que deben tener dos brazos y dos piernas y que pensar otra cosa es, simplemente, inconcebible. Algunas veces es una sensación de desesperación sobrecogedora. Y no quiero morir, pero hay veces en las que no quiero seguir viviendo en un cuerpo que no siento como mío.[7]
>
> (Corinne, *Complete Obsession*, 2000)

Ante fenómenos tan llamativos como las amputaciones electivas donde el sensacionalismo y la anécdota macabra son la pareja de baile mediática, el género documental y los reportajes televisivos tratan de contrarrestar estas derivas con el acercamiento a sus verdaderos protagonistas. El documental *Whole* (2003), de Melody Gilbert, y reportajes televisivos como *Complete Obssesion* (2000), de la BBC, utilizan un tipo de narrativa muy recurrente desde los años noventa que destaca por una creciente subjetivización del discurso (Piedras, 2010). Se trata de una combinación del sujeto que habla sobre sí mismo, del sujeto que habla *con* el otro y del sujeto que habla *sobre* el otro.

Estos trabajos audiovisuales tienen una finalidad empática, es decir, pretenden un acercamiento mayor y más verídico a quienes hacen estas demandas con el fin de conocer quiénes son, cuáles son sus deseos y cómo lo viven tanto ellos, como su entorno más inmediato. Son relatos de experiencia y alteridad, un intento de encuentro entre distintas subjetividades que son conscientes de sus diferencias. Como le apela una de las personas entrevistadas a la directora Melody Gilbert consciente de que, probable-

7 00'10" a 00'56". Trad. propia.

mente, en la mente de la directora, pervive la idea de que él se ha mutilado. A lo que él contrapone su visión afirmando que lo que ha hecho es corregir lo que en su cuerpo estaba equivocado.

En *Whole*, los protagonistas hacen la genealogía de su deseo, sus itinerarios terapéuticos, sus fracasos, sus tribulaciones. Intentan dar un relato coherente de sí mismos a sabiendas de que la amputación voluntaria es difícil de entender y que sus discursos son llevados al terreno de la alienación. Porque si algo describe hasta ahora su situación, es la doble imposibilidad: desembarazarse de ese deseo y deshacerse de su extremidad. Ambas, fuente de profundo malestar. Los testimonios se amplían a los familiares cercanos que también sufren, dudan y acompañan como pueden. También aparece una representación del estamento sociosanitario que investiga estas situaciones, que legitima las narrativas del malestar sin prejuzgarlas.

En este documental aparecen varios elementos con los que la directora quiere reflejar que no se trata de una nueva expresión de locura americana (Elliot, 2000), dado que intervienen personas de la geografía europea (Reino Unido, Holanda); y, excepto en lo que a ese deseo respecta, son personas «normales». En un retrato costumbrista, que contrasta con lo insólito de sus necesidades, nos presenta a Dan: un americano afincado en los Alpes que disfruta haciendo caminatas y ciclismo, pero que quiere amputarse la pierna. También está Gregg, que se disparó en la pierna para que se la terminaran amputando en el hospital. Otro de ellos, Kees, necesita vendarse la pierna como si no la tuviera. Dan también hace desaparecer la pierna, pero con retoques fotográficos digitales, mientras espera la oportunidad de que alguien se la ampute.

La amputación, la discapacidad, suelen situarse en el territorio de la locura como un objeto oscuro de deseo. Por ello, el contraste de sus demandas médicas con la convencionalidad de su vida cotidiana y la normalidad de sus trayectorias vitales es también un elemento importante del discurso en *Complete Obsession*:

> Me considero una persona normal, ya sabes, con un buen trabajo y una vida familiar estable. Mi padre era agente de policía y mi madre profesora. Tengo hermanos y una hermana, y somos todos gente normal, buena gente. Todo en mi vida es corriente excepto ese aspecto concreto que es muy difícil de encajar en el resto. Mis piernas me son extrañas. No deberían estar ahí. No me encaja que mis piernas se prolonguen más allá de lo que deberían ser los límites de mi cuerpo. (Corinne)[8]

8 03’50” a 04’37”. Trad. propia.

Aunque en este reportaje los testimonios se ubican en el cuadro de la dismorfia corporal y, en *Whole*, ya se habla de desorden de la identidad de la integridad corporal, las narrativas de ambas tienen muchos puntos en común. En todas ellas se busca cierto paralelismo con las experiencias de la transexualidad; son cuerpos rechazados en tanto que individuales, como en su dimensión de subjetividades colectivas, y expulsados por no responder a la coherencia cuerpo-integridad. Para legitimar su condición y tener acceso a cirugías, utilizan los mismos patrones que las personas transexuales (Lawrence, 2006; Stryker y Sullivan, 2009): la metáfora del cuerpo incorrecto o la metáfora del ser atrapado en un cuerpo que no corresponde, ajeno y enajenante; y la cirugía como liberadora o, al menos, ajustadora, aproximadora, facilitadora del yo deseado, del verdadero yo, del yo real (Sullivan, 2008).

La vivencia del cuerpo como el objeto incorrecto del sujeto supone el rechazo a su cuerpo de referencia, esto es, a no reconocerlo como correcto, como de su propiedad (Prosser, 1998: 77). Sin embargo, la transexualidad es la única situación en la que se contempla aplacar los síntomas (deseo de ser modificado) a través del tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo, en lugar de un tratamiento psiquiátrico que los alivie o los elimine (Cash y Brown, 1987). En el resto de trastornos de identidad no se facilita el cambio o transformación corporal, aunque, como en el caso de algunos *wannabes*, la adaptación personal dependa de ello.

Cirugía facilitadoras o la ética del bisturí

> MR. WHITE: Quiero que me amputen la pierna. Desde los cinco o seis años siento que tengo este miembro extra. Le pedía a Dios que este horrible pensamiento se fuera. Pero no fue así. La semana pasada, cumplí cuarenta años, y ahora le pido otra cosa. Si Dios existe, quiero que me guíe hasta un médico que me ayude a terminar con esta agonía.
>
> CHRISTIAN: No hacemos amputaciones.
>
> MR. WHITE: Su práctica consiste en modificar el cuerpo, y no soy distinto de quien acude a ustedes para cambiar de sexo. ¿Le negarían el servicio?
>
> CHRISTIAN: Lo ayudaríamos, pero no lo mutilaríamos.[9]
>
> (*Nip/Tuck. Ben White*, 2005)

9 00’53” a 01’30”. Trad. propia.

En septiembre de 1997, el cirujano Robert Smith llevó a cabo la amputación de una pierna «sana» en un hospital escocés perteneciente al servicio nacional de salud británico (NHS). En el año 2000, una vez hechos los exámenes psiquiátricos pertinentes y las gestiones necesarias, accedieron a llevar a cabo otra amputación. Una vez la noticia saltó a la prensa, la polémica estaba servida. El impacto social fue tal, que la segunda intervención fue desautorizada y se abrió un debate público sobre los límites de la cirugía. Este debate ha continuado con noticias como la que, un año después, narraba la muerte de un ingeniero octogenario llamado Philip Bondy. Tras pagar diez mil dólares a un cirujano sin licencia para que le amputara la pierna izquierda en Tijuana (México), murió a los dos días a causa de una gangrena.

Los ecos de estas noticias son fácilmente reconocibles en algunas de las series televisivas que han recogido el tema. De hecho, tanto *CSI: New York*, *Nip/Tuck* o *Grey's Anatomy* coinciden en su modo de presentar el caso desde la polémica demanda y las contradicciones en los profesionales médicos. Presentado con más o menos morbo o humor negro dependiendo de la serie, el guion muestra el asombro ante este tipo de requerimientos, la repulsión que produce la idea del cuerpo desmembrado y el desafío que plantea al juramento hipocrático como código deontológico que debe regir el proceder del personal biomédico.

A diferencia de los productos audiovisuales anteriores, las series ya utilizan la etiqueta de BIID y reflejan la casuística que ha trascendido a los medios, es decir, los intentos fracasados por acceder a cirugías de amputación por la vía hospitalaria. En la realidad, solo unos pocos han conseguido que un cirujano hiciera el trabajo en un quirófano. Tal y como aparece en los episodios, en algunos casos se llega a extremos tales como introducir su pierna en hielo durante horas, a dispararsela o a ponerla en las vías del tren para que, tras el deterioro, la cirugía reparadora haga el resto. Tanto en *Nip/Tuck* como en *Anatomía de Grey*, se repite la escena de la paradoja en la que el médico satisfecho felicita al paciente porque tras el «accidente» podrán salvarle el miembro, y la angustia del paciente que trata de decirles que no lo hagan, que ese no es su deseo. El equipo médico no lo entiende, pero los personajes *wannabes* insisten en que no están locos, y como dice el de *Anatomía de Grey*: «Lo que es de locos es no controlar tu cuerpo».[10] *CSI: New York*, de carácter más policiaco, se centra

10 22'59" a 23'05". Trad. propia.

en el circuito parahospitalario, el sórdido mercado negro donde logran su ansiada amputación o encuentran la muerte.

El debate médico y ético sobre si la cirugía debe «corregir» estos cuerpos queda muy bien reflejado en *Nip/Tuck*, donde los dos colegas cirujanos reflexionan sobre su práctica médica al discutir si hacer o no esta intervención. La función y los límites de la cirugía, la importancia del dinero o las conexiones con otro tipo de intervenciones estéticas son algunos de los dilemas planteados:

> Christian: Fui a ver a Mr. White.
>
> Quentin: ¿Una visita a domicilio? Cuando te pedí que investigaras me refería a internet.
>
> Christian: Eso también lo hice. BIID casos de estudio: un tipo se emborrachó, se tiró en las vías del tren y se amputó las dos piernas. Otro usó una guillotina.
>
> Quentin: La necesidad es la madre de la invención.
>
> Christian: Recibían la mejor atención psiquiátrica y medicinas. Nada detiene la obsesión.
>
> Quentin: Bueno. Entonces, hagámoslo. Quiero decir, es mejor que recurran a nosotros a que intenten hacerlo ellos mismos, ¿no?
>
> Christian: ¿Qué es lo próximo? Si un tipo piensa que es un perro, ¿le ponemos la cola?
>
> Quentin: Escucha, Christian, o te tomas en serio esto de hacer nuestra clínica la mejor o no sobreviviremos.
>
> Christian: ¿Y qué tiene que ver la operación del Sr. White?
>
> Quentin: Para empezar, está dispuesto a pagarnos $100.000. Son $70.000 más que la tarifa normal.
>
> Christian: ¿Por qué no me dijiste esto?
>
> Quentin: Te lo estoy diciendo ahora.
>
> Christian: ¿Tienes más reformas en mente que le puedan costar al pobre desdichado un brazo o una pierna?
>
> Quentin: ¡Eh! Al menos pagué mis deudas. A ti siempre te ha interesado el dinero. ¿O fueron esas tetas tu forma de devolver el bien al mundo?[11]

11 17’47” a 19’00”. Trad. propia.

La mayoría de médicos rechazan amputar un miembro sano. La integridad del cuerpo y su enervación es una de las obsesiones humanas. Su desmembramiento perturba, por lo que muchos textos médicos y de bioética rechazan de pleno este tipo de intervenciones. La violación de los principios hipocráticos es uno de los argumentos principales: la amputación no puede ser considerada un tratamiento médico, solo la preservación de la totalidad corporal y de su capacidad puede hacer justificable una cirugía.

Otra de las razones para el rechazo apunta a la falta de datos, y a que son prácticas dolorosas que crean inscripciones permanentes sobre los cuerpos en contra de los cánones de belleza de Occidente, de las expectativas de funcionalidad y de las normas productivas. Se contraargumenta que la amputación de un miembro sano no es moralmente cuestionable si quienes lo piden son personas autónomas e informadas, a lo que algunos responden: ¿acaso las personas que hacen este tipo de demandas se pueden considerar autónomas?

Los argumentos a favor vienen de quienes no tienen tan claro que atender estas demandas sea algo descabellado, y para ello esgrimen razones tanto médicas como sociales. En cuanto a las médicas, hay una lectura distinta del código hipocrático que remite a la minimización del daño y a la ganancia terapéutica dado que, excepto la amputación, ninguna terapia ha probado su eficacia (Bayne y Levy, 2005). Porque si bien es cierto que el principio deontológico es no hacer daño, ¿sería ético poner en riesgo a una persona, permitir que se exponga a la muerte en el intento de dañar su miembro para que los médicos accedan a amputarlo? Este planteamiento aparece en el diálogo entre Christian y Mr. White en *Nip/Tuck*. El cirujano dice: «Hice un juramento como médico: primero, no hacer daño a nadie», a lo que el demandante de la amputación contesta: «¡El juramento "hipócrita"! El rechazo de la profesión médica a ayudarme a mí y a otros como yo a detener el dolor es lo que en verdad es peligroso».[12]

En este escenario se plantean las incoherencias de esta actitud médica hacia las amputaciones electivas por la similitud que guardan con otras intervenciones en las que también se quitan partes sanas, como la cirugía cosmética, la circuncisión, las reasignaciones de sexo o las que se llevan a cabo en bebés intersexuales. Ya no se les llama amputación ni mutilación,

12 14'16" a 14'30". Trad. propia.

pero ¿acaso no incapacitan también de algún modo? Al tipificar como «mutilación» las demandas de amputación, se está condenando moralmente un deseo y unas prácticas, todavía no legitimadas socialmente.

Michael First afirma en una entrevista en el *New York Times* (22/03/2005) que cuando en 1950 se llevó a cabo la primera operación de reasignación de sexo, esta generó el mismo tipo de rechazo que las amputaciones voluntarias producen ahora. Los cirujanos también se preguntaban cómo podían hacer este tipo de intervenciones a personas normales. Este es el mismo dilema al que hoy en día se enfrentan los cirujanos cuando son requeridos para amputar un miembro sano. Aun así se reconoce que no es una analogía perfecta, que hay una diferencia sustantiva pues «una cosa es decir que alguien quiere cambiar de hombre a mujer, donde los dos son estados normales; y otra muy distinta es que una persona de cuatro miembros quiera llegar a ser un amputado. Es más problemático. La gente corriente no concibe esta idea». Lo que queda por despejar, afirma, es si es una cuestión de tiempo el que se den las condiciones sociales e históricas para estas personas y para nuevas formas de incorporar la subjetividad.

De repente, un extraño

> Armless emplea la estructura clásica de la farsa con un tono filosófico oscuro. Explora las maneras en que una cultura de tanta riqueza puede llegar a hacer del sufrimiento un fetiche. Pero en el fondo, Armless es una fábula de la aceptación, una meditación sobre la confianza, el amor y el matrimonio.[13]
>
> (*Armless*, 2010)

El enfrentamiento entre la normalidad y la anormalidad ha sido lugar común en el cine. El encuentro con lo diferente y el encaje de lo imprevisto son la base sobre la que *Quid pro quo* y *Armless,* los dos largometrajes que hasta ahora hay sobre el tema, han organizado su historia.

La ficción ha reflejado las dificultades para aceptar lo no normativo y sus efectos en las relaciones personales y afectivas, pero también se han filmado alegatos sobre el efecto redentor del amor ante los giros aspiracionales de la pareja. Mientras en *CSI: New York* la viuda del *wannabe*, falle-

13 Trad. propia.

cido en el intento de amputación, responde con enfado al policía: «Solo pensó en él [...]. No quería su cuerpo cuando estaba vivo y yo no quiero su cuerpo ahora que está muerto»;[14] en *Armless* es precisamente la relación de pareja la que permite superar el más peculiar de los imprevistos, como es que tu marido quiera amputarse los brazos. Guarda cierto paralelismo con la película *Normal* (Anderson, 2003), incluso en su carácter cómico: el fuerte deseo/necesidad de cambio de sexo de su marido es suficiente motivo como para aceptarlo. En ambas, la relación afectiva es el abono de la comprensión, la que alimenta la empatía y, finalmente, aunque no sin dificultades, la que aprueba que los deseos de su pareja les reinventen a los dos.

En *Quid pro quo* la relación de alteridad se centra en Isaac, un chico discapacitado, y en Fionna, una *wannabe*. Se confronta a la persona discapacitada, en silla de ruedas fruto de un accidente, con la que aspira a serlo. A quien fervientemente quiere andar frente a alguien cuyo máximo deseo es ir en silla de ruedas. A pesar del retorcido argumento salpicado de parálisis nerviosa, de amor *fou*, histrionismo y otros excesos, se pueden rescatar elementos novedosos no planteados en otros trabajos. En esta película el deseo de amputación ya no es algo individual, sino la vivencia de un colectivo. Los *wannabes* aparecen como comunidad, aunque clandestina y oscura, que se reúne para hablar de sus deseos, que comparte información sobre cirujanos, que quiere saber qué se siente al estar en silla de ruedas.

> Wannabe: Dinos, ¿qué se siente al no sentir?
>
> Isaac: [...] Hago ejercicio a diario con máquinas de musculación y electroestimulación. Nado, me mantengo en forma para que cuando llegue el día mis piernas estén perfectas.
>
> Wannabe: Ya eres perfecto.[15]

Isacc tratará de entender, desde la dificultad de su propia experiencia, qué mueve a Fionna y a este grupo el deseo de amputación. De hecho, Fionna le dirá: «Sé lo que opinas de mí, que no soy normal. Pero, ¿qué es ser normal? Normal es un ciclo de lavado».[16] Esta película nos permite introducir una idea más, y es que, tal y como afirma Gregg Furth: «Se trata de convertirse en íntegro/entero, no en discapacitado. Tienes un cuerpo

14 26'21" a 27'40". Trad. propia.

15 13'50" a 14'28".

16 52'56 a 53'02".

extranjero del que te quieres deshacer» (Dotinga, 2000).[17] No quieren ser discapacitados incapaces, sino discapacitados capaces, funcionales por medio de prótesis. Algunas de estas comunidades se autoidentifican no con el nombre del trastorno, sino con términos propios que les definen y les agrupan por algo más que unos síntomas. Con ello trascienden los diagnósticos y tratan de desestigmatizar sus deseos y las connotaciones negativas asociadas a ser *enfermos* de BIID. Unos nombres muy elocuentes que apuntan a identidades y representaciones culturales sobre la discapacidad, como *wannabes* (que quieren ser) o *transabled* (transcapacitados). Son comunidades proamputación en donde también se incluyen otras condiciones como la sordera o la ceguera.[18]

Cuando se argumenta que una amputación deshabilita, no se está cuestionando el concepto de *discapacidad* y de las nociones bajo las que la medicina considera determinados cuerpos anómalos. Para algunas personas la amputación conduce a la discapacidad, pero para las personas que demandan una amputación, su cuerpo es discapacitado en la medida en la que están atados a miembros de más. El *modelo médico* sobre la discapacidad se fundamenta en la idea de que los discapacitados tienen cuerpos que necesitan ser «arreglados» y que estas deficiencias corporales son la causa de las dificultades prácticas que experimentan en su vida. El *modelo social* de la discapacidad desafía esta visión opresiva definiendo la discapacidad como la reacción de la sociedad ante las deficiencias, dificultades o impedimentos. En el primero, la deficiencia es una característica de todo cuerpo, una pérdida; mientras que, en el segundo, la discapacidad es algo que nos habla de la sociedad y de su reacción social hacia esta, manifestada en las prácticas de discriminación y exclusión hacia las personas con diferentes capacidades.

Los *transabled* ponen en crisis el concepto de normalidad de los cuerpos y nos llevan a explorar, al igual que se ha hecho ya con el sexo, la performatividad de la capacidad. Sus experiencias mueven a la reflexión sobre la diferencia entre incapacidad y discapacidad, pues reivindican una identidad como discapacitados previamente a adquirir una serie de deficiencias y dificultades. En este sentido, refuerzan el argumento por el que la discapacidad está separada de la deficiencia. Además, desafían las concepciones dominantes sobre la discapacidad como algo indeseable.

17 Dotinga, Randy (2000) «Out on a Limb.» *Salon*. Consultado el 7 de junio de 2013.

18 Ejemplos de ello en internet son el sitio web <http://transabled.org/> o el blog <http://makemedeaf.blogspot.com/>.

El horizonte de los cuerpos contemporáneos o la encarnación del desasosiego

Toda utopía lleva en sí misma el germen de la distopía.

(Marzábal, 2009)

El cuerpo no se puede entender si no es en relación con la cultura, con la sociedad en su conjunto. Por tanto, hablar de las amputaciones electivas nos lleva a interrogarnos sobre el contexto sociocultural, tecnológico y político en el que estos cuerpos son pensados y reivindicados. ¿Acaso son símbolo de protesta contra la racionalidad capitalista y la tiranía de lo completo? ¿Puede el deseo de amputación ser entendido como referente para reinterpretar la experiencia de sufrimiento social? ¿Alivia la modificación corporal el desasosiego social y existencial? Pero aun siendo así, ¿estamos pidiendo a la medicina que mejore nuestras vidas o estamos desarrollando identidades contracorporales con la ayuda de la tecnología médica? Más allá del elemento exótico y singular, nos permite reflexionar sobre el tipo de subjetividades que están emergiendo en la sociedad occidental o el papel de la biomedicina en la (trans)formación de los cuerpos «incorrectos» (Sullivan, 2008).

Para Francisco Vázquez (2009), el construccionismo radical ha llevado al desarrollo de una identidad corporal fragmentada, a un cuerpo-artefacto escindido en lo psíquico y lo físico. Defiende el cuerpo no como algo manipulable, sino lo que nos constituye y desde lo que estructuramos nuestra experiencia.[19] Autoras como Stryker y Sullivan (2009) consideran que el uso de la cirugía como liberadora del ser es una ficción capitalista y una empresa fútil, porque imagina un cuerpo autónomo, trascendente, universalizable e infinitamente maleable. La mercantilización de la identidad se ha convertido en un elemento fundamental en la constitución de estas nuevas prácticas biomédicas en las que se trasforma a los ciudadanos en perpetuos prepacientes y en donde se generan ficciones de una trasformación del yo sin límites.

Por otro lado, están las tecnologías de la comunicación y su capacidad conectora y aglutinadora. La proliferación y concurrencia en internet de foros, portales y grupos de intercambio relacionados con los fenómenos

19 En la misma línea, Gerard Coll-Planas (2012) plantea que una parte de la teoría *queer* aborda el cuerpo como un elemento puramente simbólico, vaciado de su materialidad.

devotee, pretender y *wannabe* (DPW) está convirtiéndose en un suceso que mueve al análisis no solo de profesionales e investigadores vinculados a la sexualidad y a la discapacidad, sino también de las tramas de guionistas y realizadores. Internet favorece la reinvención y consolidación de identidades minoritarias que encuentran su eco y su hueco en la red mundial. Pertenecer a una comunidad en la que se comparten los mismos problemas refuerza el sentido de identidad y comunidad, especialmente si esta no ha sido legitimada desde la sociedad y desde la biomedicina. Pero ¿qué efectos están teniendo estos espacios virtuales y estos productos audiovisuales en la consolidación de identidades minoritarias? ¿Magnifican su incidencia y desvirtúan su relevancia? ¿O, por el contrario, neutralizan los discursos de autoridad reapropiándose de sus narrativas del malestar? Todavía quedan muchas preguntas abiertas por responder en este complejo campo de las relaciones entre identidad, cuerpo y biomedicina.

Filmografía

Anderson, Jane (2003) *Normal.* Estados Unidos.
Azar, Habib (2010) *Armless*. Estados Unidos.
Bailey, Rob (2004) *CSI: NY. Outside man*. Estados Unidos. (TV Series).
Brooks, Carlos (2008) *Quid Pro Quo (I)* Estados Unidos.
Crichton, Michael (1994-2009) *Urgencias (E.R.)*. Estados Unidos. (TV Series).
Gilbert, Melody (2003) *Whole*. Estados Unidos.
Gillet, Aden y Stockley, Nikki (2000) *Complete Obsession: Body Dysmorphia*. Reino Unido.
Hanson, Hart (2005-Actual) *Bones.* Estados Unidos. (TV Series).
Newby, Jonica (2009) *Catalyst: Body Identity*. Australia.
Podeswa, Jeremy (2005) *Nip/Tuck*: *Ben White.* Estados Unidos. (TV Series).
Rooney, Bethany (2007) *Grey's Anatomy: Haunt you every day*. S45. Estados Unidos. (TV Series).
Shore, David (2004-2012) *House M.D*. Estados Unidos. (TV Series).

Bibliografía

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Edition). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
Bayne, T. y Levy, N. (2005) «Amputees by choice: body integrity identity disorder and the ethics of amputation». *Journal of applied philosophy*, 22 (1): 75-86.
Bell, V. (2007) «Online information, extreme communities and internet therapy: Is the internet good for our mental health?» *Journal of Mental Health*, 16 (4): 445-457.
Bruno, R. L. (1997) «Devotees, pretenders and wannabes». *Journal of Sexuality and Disability*, 15: 243-60.
Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987) «Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A Review of the literature». *Behavior Modification*, 11: 487-521.
Coll-Planas, G. (2012) *La carne y la metáfora. Una reflexión sobre el cuerpo en la teoría queer*. Barcelona/Madrid: Egales.

Cortés, J. M. G. (1996) *El cuerpo mutilado (La angustia de la muerte en el arte)*. Valencia: Direcció General de Museus i Belles Arts. Conselleria de Cultura, Educació i Ciència.

Deleuze, G. (1975) *Spinoza y el problema de la expresión*. Barcelona: Muchnick.

Elliott, C. (2000) «A new way to be mad». *Atlantic Monthly*, 286 (6): 72-84.

Esteban, M. L. (2004) *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

First, M. B. (2005) «Desire for amputation of a limb: Paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder». *Psychological Medicine*, 35: 919-928.

Foucault, M. (1990) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós/ICE-UAB.

Lawrence, A. A. (2006) «Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder». *Archives of Sexual Behaviour*, 35(3): 263-278.

Marzabal, Í. (2009) «¿Qué futuro nos espera? Cine y "distopía"». *Revista de Medicina y Cine,* 5(4): 123-124.

McGeoch, P. D.; Brang, D.; Song, T.; Lee, R.; Huang, M. y Ramachandran, V. S. (2009) «Apotemnophilia: the Neurological Basis of a "Psychological" Disorder». *Nature Precedings*. <http://hdl.handle.net/10101/npre.2009.2954.1>. Consultada el 20 de febrero de 2015.

Money J.; Jobaris, R. y Furth, G. (1977) «Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as paraphilia». *The Journal of Sex Research*, 13(2): 115-125.

Parsell, M. (2008) «Pernicious virtual communities: Identity, polarisation and the web 2.0». *Ethics and Information Technology*, 10(1): 41-56.

Piedras, P. (2010) «El problema de la primera persona en el cine documental contemporáneo. Modos de representar lo autobiográfico en ciertos documentales latinoamericanos». *Revista Cine Documental*, 1. <http://revista.cinedocumental.com.ar/1/articulos_04.html>. Consultada el 3 de septiembre de 2015.

Prosser, J. (1998) *Second Skins: The Body Narratives of Transsexuality*. New York: Columbia University Press.

Ramachandran, V. S. y McGeoch, P. D. (2007) «Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia?» *Medical Hypotheses*, 69: 250-252.

Smith, R. C. (2004) «Amputee identity disorder and related paraphilias». *Psychiatry*, 3(8): 27-30.

Sullivan, N. (2008) «The Role of Medicine in the (Trans)Formation of "Wrong' Bodies"». *Body & Society*, 14 (1): 103-114.

Sullivan, N. y Stryker, S. (2009) «King's Member, Queen's Body: Transsexual Surgery, Self-Demand Amputation, and the Somatechnics of Sovereign Power». En Sullivan, N. y Murray, S. (Coord.) *Somatechnics: Queering the Technologisation of Bodies*. Aldershot: Ashgate, pp. 49-61.

Vázquez, F. (2009) «Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad trasgenérica y los límites del constructivismo». *Sexualidad, salud y sociedad*, 1: 63-68.

EL DOCTOR FRANKENSTEIN, SUPONGO: SERES ELECTRIZADOS, INVISIBLES, IRRADIADOS Y ULTRATERRENOS

Manuel Moreno
Departamento de Física e Ingeniería Nuclear
EPSEVG, Universitat Politècnica de Catalunya
manuel.moreno@upc.edu

> «Mi trabajo es ayudar a la gente a recordar lo que quiere recordar»
>
> Alan Hakman (Robin Williams), montador de recuerdos de Zoë Technologies, empresa dedicada a la implantación de chips en el cerebro para grabar la vida de una persona con el fin de que, una vez fallecida, sus familiares puedan recordarla. *La memoria de los muertos.* (Naïm, 2004)

Resumen: ¿Qué tienen en común Scott Carey, el protagonista de *El increíble hombre menguante* (1957) y un superhéroe como Flash, el relámpago humano? La reducción de tamaño de uno y la adquisición de la habilidad para correr a velocidades inauditas, de otro, son consecuencia de la drástica alteración de sus organismos por causas externas: la exposición a una extraña nube (¿radiactiva?) y la caída de un rayo combinado con productos químicos (electricidad más química, ya se sabe).

En este capítulo se examinan algunos aspectos tecnocientíficos presentes en las obras cinematográficas, tanto clásicas como modernas, relacionados con las ciencias de la salud: desde la creación de vida hasta la invisibilidad, pasando por los aumentos y reducciones de tamaño y las radiaciones y otras causas responsables de los poderes que exhiben los superhéroes. Se analiza también la temática vampírica y la de los muertos vivientes (zombis). Consideradas en sí mismas subgéneros cinematográficos, viven un renovado auge con las nuevas aproximaciones gracias a exitosas series televisivas (*The Walking Dead*, 2010-…). Existe cierta analogía entre la expansión del vampirismo o el estado zombi y el desarrollo de una enfermedad infecciosa. ¿Hay algo de ciencia o se trata sólo de fantasía?

Palabras clave: superhéroes; zombies; vampirismo; ciencia/fantasía; enfermedad infecciosa

---

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 123–167. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

Abstract: What do Scott Carey, the main chacacter of *The Incredible Shrinking Man* (1957), and a superhero such as Flash, the human lightning, have in common? The size reduction of the former and the ability to run at unprecedented speeds of the latter are the result of a dramatic alteration of their bodies by external causes: the exposure to a strange (radioactive?) cloud, and the falling of a ray combined with chemicals (electricity plus chemistry, as known).

In this chapter, some techno-scientific aspects present in both classical and modern films related to the health sciences are discussed: from the creation of life to invisibility, the increase and reduction of size, and radiation and other causes for superhero powers. The vampires and the living dead (zombies) are also analysed. Viewed as film subgenres, these narratives are immersed in a renewed boom through the new approaches offered by successful television series (*The Walking Dead*, 2010-…). There are some correlations between the spread of vampirism or the zombie state and development of an infectious disease. Is there any science in it or is it just fantasy?

Keywords: superheroes; zombies; vampirism; science/fantasy; infectious disease

Introducción[1]

«Año 2011. Un virus mata el 99 % de la población mundial. Un científico, Trevor Goodchild, desarrolla su cura. Los cinco millones de supervivientes viven en Bregna, la última ciudad que queda en la Tierra. La dinastía Goodchild gobierna desde hace más de 400 años».[2] Con esta desoladora descripción arranca el filme *Aeon Flux* (Susama, 2005). Uno más de los que presentan un futuro cercano nada halagüeño donde la omnipresente tecnología y los tecnócratas dirigen los destinos de una diezmada

1 Una parte del texto que sigue ha sido presentada en *Historia, Cine y Medicina. XIV Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina,* UAB, Barcelona, 2007 (Moreno, 2007). Una versión preliminar del análisis de los vampiros y los zombis desarrollado en este capítulo ha sido publicada en la revista *Making of*: *cuadernos de cine y educación* (n.º 100, noviembre 2013, pp. 35-45) (Moreno, 2013).

2 1'.

humanidad. Los habitantes de nuestro planeta en el año 2011 eran 7.082 millones.[3] El 99 % de mortandad representa 7.011 millones de víctimas. Los supervivientes superarían, por tanto, los 70 millones… una población difícil de encajonar en la ciudad amurallada de Bregna.

Un error menor, si se quiere, pero que dice muy poco acerca de la preparación matemática de los responsables del filme y, por ende, de la credibilidad de la historia. Porque, ante tamaño desliz, ¿qué verosimilitud puede otorgarse a un filme que requiere por parte del espectador cierta complicidad y la asunción de la validez de ciertos aspectos (como, por ejemplo, el comunicador instantáneo o el viaje a velocidades superiores a las de la luz para soslayar el problema de las distancias interestelares en las sagas galácticas) para hacer creíble la historia futurista que pretende contar?

Aunque resulta sorprendente en una superproducción cinematográfica moderna, el gazapo tendría escasa importancia, habituados como estamos a cierto analfabetismo numérico («anumerismo») que parece campar a sus anchas en los medios de comunicación. En última instancia, cualquier revisión última del filme podría perfectamente haber subsanado este error. Sería irrelevante si no fuese porque es una muestra del escaso rigor con el que la ciencia y la tecnología, con contadas excepciones, aparecen retratadas en la ficción y, en concreto, en esa industria (arte) del ocio que es el cine. Y es que esta fábrica de sueños no tiene, ni lo pretende, vocación pedagógica. El cine es un medio de expresión, con sus normas, leyes y lenguaje propio. Sin embargo, ciencia y cine no son (no deberían ser) mundos incompatibles ni antagónicos. Comparten el sentido de la maravilla y la especulación. Las buenas obras de ficción con contenido tecnocientífico no tienen por qué resultar tediosas y aburridas (el éxito de la serie televisiva *CSI: Crime Scene Investigation* [Zuiker, 2000-Presente] sustenta esta afirmación). Además, cine y ciencia se nutren tanto de la realidad como de la imaginación: aquel, para desarrollar sus historias; esta, para avanzar en el conocimiento.

Los guionistas parecen haber aprendido, y el reciente filme *Autómata* (Ibáñez, 2014) arranca con la siguiente constatación: «2044: Las tormentas solares frecuentes han convertido la superficie de la Tierra en un desierto

3 Los modelos de población disponibles en el 2005 ya apuntaban hacia esa cifra: la ONU (2007) daba 7.073 millones de personas para el 2011. ONU, *World population prospects* (2007) <http://esa.un.org/unpd/wpp/>. Consultado el 22 de septiembre de 2015.

radiactivo. La población humana se redujo en un 99,7 % a 21 millones de personas».[4] Estas cifras concordarían con las proyecciones que apuntan para esa fecha una población de unos 8.920 millones de personas. Una de cal y otra de arena.

El cine es un magnífico laboratorio donde la tecnociencia aparece confrontada con sus implicaciones sociales. Lo interesante no es tanto el acierto en predecir el futuro, más o menos inminente, sino el propio ejercicio de futurología: el acto de reflexión sobre las consecuencias del progreso tecnocientífico. A diferencia del ámbito literario, donde pueden encontrarse descritas algunas utopías, en el cine predominan, de forma abrumadora, las visiones apocalípticas y pesimistas del futuro (distopías). Cinematográficamente hablando, dan más juego.

Frente al futuro sombrío, dominado por las máquinas, planteado por la saga *The Matrix* (1999), en filmes como *Gattaca* (1997), *El sexto día* (2000) o *La Isla* (2005), asistimos a dramatizaciones de los usos perversos de la ingeniería genética, con la clonación de humanos como bandera. En la década de los años 1970, algunos filmes pioneros alertaban sobre problemas de escala planetaria. Unos se han consolidado como problemas de primera magnitud: las funestas consecuencias de la aniquilación de la masa vegetal terrestre (*Naves misteriosas*, 1971); el horizonte nada esperanzador tras el holocausto nuclear con la lucha por el combustible (saga *Mad Max*, 1979); el peligro latente de las centrales nucleares (*El síndrome de China*, 1979). Otros, ante la trascendencia de los anteriores, han pasado a ser, por el momento, secundarios: como la superpoblación (*Soylent Green. Cuando el destino nos alcance*, 1973). La extensión sin control de un virus letal (*Estallido*, 1995); las posibilidades del contacto con alienígenas, con visiones pesimistas (*Independence Day*, 1996; *La guerra de los mundos*, 2005) u optimistas (*Men in Blak*, 1997; *ET,* 1982); la difícil coexistencia entre humanos y seres mutantes (*X-Men*, 2000); la implantación de recuerdos o su grabación y la manipulación de la memoria (*Desafío total*, 1990; *¡Olvídate de mí!*, 2004; *La memoria de los muertos*, 2004), etc., son solo otros inquietantes argumentos tratados con mayor o menor fortuna (Aguilar, 1997; Hardy, 1995). No pueden menos que hacernos reflexionar sobre el vertiginoso e imparable progreso tecnocientífico y sus consecuencias.

4 0 a 40”.

En una serie de trabajos anteriores y en curso hemos analizado la presencia de la tecnociencia en la ficción (cine, literatura y cómic) (Moreno, 2005; 2008; 2014). En el que nos ocupa, examinamos algunos aspectos tecnocientíficos presentes en las obras cinematográficas, tanto clásicas como modernas, relacionados con las ciencias de la salud: desde la creación de vida hasta la invisibilidad, pasando por los aumentos y reducciones de tamaño y las radiaciones responsables de los poderes que exhiben los superhéroes. Dejamos a un lado aquellas obras cuyo núcleo argumental es la propia enfermedad (como *Despertares*, 1990 o *Filadelfia*, 1993) y los telefilmes de producción nacional (*Hospital Central*, 2000 o *MIR*, 2007) o extranjera (*E.R.*, 1994; *House*, 2004; *Grey's Anatomy,* 2005) de temática médica que, dado su impacto mediático, bien merecen un análisis detallado más allá del objetivo de este trabajo.

Monstruos de aquí y de allá

Si existe un subgénero cinematográfico intemporal, ese es, sin lugar a dudas, el de las «películas de monstruos» (*monster movies*). Y es que los seres agigantados son un buen recurso para aterrorizar al personal. Una pléyade de seres monstruosos campan a sus anchas por el celuloide. Hormigas, arañas, gorilas y hasta humanos se convierten en gigantes gracias a radiaciones misteriosas y productos sorprendentes. Monstruos que acostumbran a sembrar el terror en las metrópolis (Nueva York, Londres o Tokio). ¿Debería cundir el pánico? ¿Será lo mejor poner los pies en polvorosa y dejarlo todo en manos del ejército, como sucede habitualmente en estos filmes? No es necesario llegar a tales extremos. Basta recurrir a la ley cuadrado-cúbica, una sencilla ley de escala enunciada por el científico italiano Galileo (1564-1642) hace ya más de tres siglos, para relegar tales amenazas al reino de la imposibilidad. Cuando un objeto crece de tamaño sin variar su forma, su peso aumenta más rápidamente que la resistencia de la estructura que lo sostiene (huesos y músculos, en este caso). Sea cual sea el material del que esté constituido, acaba por alcanzarse un límite a partir del cual el peso supera la resistencia estructural y el objeto (animal, edificio, etc.), incapaz de sostenerse a sí mismo, acaba por hundirse bajo su propio peso.



Figura 1. Gigantes humanos de la ficción. Carteles de los filmes *El gigante ataca* (Gordon, 1957) y *El ataque de la mujer de 50 pies* (Juran, 1958).

Un gorila gigante como King Kong del filme homónimo (Cooper y Schoedsack, 1933), modelo ampliado de gorila de unos 15 metros, debería pesar unas 130 toneladas. No podría mostrarse tan ágil en su antológica escalada al rascacielos neoyorquino. Posiblemente, ni tan solo podría mantenerse en pie. En comparación, el Tyranosaurus Rex, el animal bípedo más grande que ha existido sobre la Tierra, pesaba solo 7 toneladas. Problemas estructurales al margen, estos gigantes de la ficción deberían hacer frente a otros muchos problemas de índole fisiológica. La asfixia o la insuficiencia renal, por ejemplo, provocada por la inadecuación de pulmones o de riñones (cuya capacidad crece con la superficie) para satisfacer las necesidades vitales de oxígeno o de filtraje sanguíneo (que aumentan con el volumen), acabarían con su vida (Moreno y José, 1999).

El filme más emblemático de gigantes humanos es *El gigante ataca* (Gordon, 1957) (fig. 1). El coronel Glenn Manning resulta irradiado durante la explosión de una bomba atómica experimental. Lejos de fenecer por la gran dosis de radicación recibida, experimenta una sorprendente transformación y empieza a crecer de manera desmesurada: «Glenn Manning está creciendo metro y medio al día. Ahora mismo mide 5 metros.

Mañana tendrá 6. Pasado mañana tendrá 7, posiblemente 7,5…».[5] Llega a medir unos 18 metros.

El responsable médico, el mayor Coulter, encuentra un antídoto que prueba con éxito al lograr reducir de tamaño un camello y un elefante (fig. 2). Expone su hallazgo ante el doctor Linstrom y Carol, la novia de Glenn:

> —Es asombroso.
> —Difícil de creer pero funcionó. Utilicé la estimulación con alta frecuencia de la glándula pituitaria haciendo que la secreción de hormonas invirtiera el proceso.
> —Primero, inyecciones del compuesto de sulfhidrilo en la médula ósea.
> —Eso detendrá el crecimiento.
> —Luego estimular la glándula pituitaria para reducir su tamaño.
> —¿Cree que podrá inyectarle con una aguja hipodérmica de este tamaño?
> —He mandado construir una aguja de gran tamaño…[6]

No todo es jerga críptica para salir del paso. La glándula pituitaria segrega la hormona del crecimiento, cuyo efecto más importante es promover el crecimiento de tejidos y huesos. Un déficit o un aumento de esta es la causa de enanismo o de gigantismo en niños y acromegalia en adultos, respectivamente. Problemas fisiológicos conocidos que distan mucho del colosal gigantismo de Glenn. Porque, entre otras cosas, ¿de dónde se obtiene la masa necesaria para dar con un gigante de 18 metros y unas 80 toneladas?

Resulta llamativo también que la jeringa que se emplea para inyectar el antídoto al gigante sea como una fotocopia ampliada de una jeringuilla estándar (fig. 2). Pese a ser empleada por humanos de talla normal, la jeringa gigante ha sido ampliada en un factor de escala del orden de 20 (2 metros de la jeringa gigante respecto de los 10 centímetros de una normal) y posee unos aros exagerados para introducir los dedos. Resulta poco adecuada para su manipulación por manos corrientes.

Además de los aspectos relacionados con el tamaño, el filme también muestra los problemas de un ser, el gigante, en un mundo no adaptado a su talla: leer, comer, etc., son acciones cotidianas (bueno, con el tema de la lectura podría ponerse alguna objeción, dado el bajo nivel de la ciudadanía) de una gran complejidad para un gigante. La percepción del entorno,

5 27'.

6 56' 20".

para Glenn, es que «el mundo está disminuyendo a cada minuto».[7] No es él quien crece, sino el resto el que disminuye, así como la marginación de la que es objeto «el hombre con más posibilidades de llegar a la cima»,[8] son también perspectivas interesantes planteadas por el filme.

La réplica femenina, en cuanto a gigantes se refiere, no se haría esperar. Un año después, se estrena *El ataque de la mujer de 50 pies* (Juran, 1958) (fig. 1). Con una envergadura de 15 metros, es ahora culpable de un extraño encuentro con un OVNI en el desierto californiano. Así las cosas, la señora Nancy Archer decide valerse de su estatura para aniquilar a la amante de su marido y, de paso, también a él. Resulta ilustrativo demostrar que la apariencia de una giganta de esas dimensiones nada tendría que ver con la del filme. Y es que las partes blandas de un humano agigantado serían demasiado pesadas considerando la falta de rigidez de la carne y de la grasa. Una mejilla humana, por ejemplo, presenta una superficie aproximada de unos 25 centímetros cuadrados y tiene alrededor de 1 centímetro de grosor. Con una densidad equivalente a la del agua, su peso sería de unos 25 gramos. La mejilla de un humano unas 9 veces más grande (factor de escala de ampliación: relación entre la talla de la giganta, 15 metros, y la de la señora normal, 1,6 metros) pesaría unos 18 kilogramos. Con todas las partes blandas del cuerpo caídas, a buen seguro ¡no sería un patrón de estética!



Figura 2. Fotogramas de *El gigante ataca* (Gordon, 1957): efectos del antídoto reductor en animales y una jeringa desproporcionada.

7 40'.

8 40' 30".

¡Todos al miniaturizador!

Mientras pasa una idílica jornada en alta mar, Scott Carey se ve afectado por una extraña nube. Tiempo después empieza a disminuir poco a poco de tamaño de manera imparable enfrentándose a un mundo que no está hecho a su medida. El sótano y el jardín de su casa cobran una nueva dimensión. Su propio gato y una araña se tornan enemigos implacables. Lo familiar y lo cotidiano se convierten en algo extraordinario, amenazador y peligroso. Es el clásico *El increíble hombre menguante* (Arnold, 1957). Una película que, además de las aventuras y desventuras que correrá por el mundo de lo diminuto, narra la odisea personal y el viaje introspectivo del protagonista. «A veces pienso que es el mundo el que ha cambiado y que yo soy el normal»,[9] sentencia Scott.

Contrapunto a esos agigantados, este Pulgarcito está también fuera de lugar. Dejando a un lado el imposible método de reducción de tamaño y los problemas estructurales que surgen cuando se aumentan o reducen las dimensiones sin tener en cuenta las leyes que impone la escala, el perplejo protagonista se vería enfrentado a insuperables problemas fisiológicos.

Lo que para los desmesurados cuerpos de los gigantes son insuficiencias (respiratorias y renales), para el de Scott son excesos. Al alcanzar un tamaño 10 veces inferior al normal, es decir, una talla de unos 17 centímetros, el volumen de su cuerpo sería 1.000 veces inferior al que tenía cuando era un hombre normal, mientras que la superficie de sus pulmones y la sección de sus arterias habrían disminuido solamente 100 veces. El ritmo metabólico de su cuerpo sería unas 10 veces superior al normal. Es bastante probable que el exceso de calor generado lo condujese a la muerte.

En una de las escenas del filme, Scott visita junto con su esposa al doctor Silver. Este le inyecta un posible antídoto para detener su reducción de tamaño. Mantienen el siguiente diálogo:

> —Hay algo que los dos deben comprender. Trabajamos con factores desconocidos. No hay garantías. Hay un 50 % de posibilidades. Para el otro tanto por ciento solo podemos rezar.
>
> —¿Cuánto tardaremos en saberlo?
>
> —El Sr. Carey permanecerá aquí una semana en observación. Para entonces ya lo sabremos.
>
> [Tras el efecto del antídoto]

9 28’ 50”.

—Peso 26 kilogramos. Estatura 1 metro 24. ¿Qué daba la semana pasada?

—Peso 26 kilogramos. Estatura 1 metro 24. Lo mismo, doctor.

—Ya ha pasado todo. Pronto estará bien.

—Dígame, doctor Silver, ¿volveré a ser normal?

—Sr. Carey, parece que hemos detenido el proceso degenerativo de su mal. Y eso ya es bastante. En este momento su capacidad de crecimiento está dentro de los límites normales. Si recobrará su estatura es otra cuestión. Para lograrlo hay otros problemas que resolver.

—Entonces, ¿pasaré el resto de mi vida así?

—Le aseguro que seguimos investigando… Iremos descubriendo nuevos factores, hasta que un día tengamos la respuesta exacta…[10]

Ese día no llegará nunca y el infortunado Scott seguirá su increíble disminución de tamaño. Su vida cotidiana se convertirá en una odisea.

Las reducciones de tamaño de seres u objetos también se ven limitadas por las leyes de escala (José y Moreno, 1999a) y por la aparición de fenómenos que cobran importancia a esas dimensiones. Aunque se disponga del «miniaturizador», máquina que, como todo el mundo sabe, se encarga de la difícil y compleja tarea de la reducción, el reino de las pequeñas dimensiones encierra dificultades insalvables. *Viaje alucinante* (Fleischer, 1966) propone un maravilloso periplo por el interior del cuerpo humano. La película, de notables efectos visuales, que Isaac Asimov (1966) plasmaría en la novela del mismo título, cuenta los avatares de un equipo de médicos y técnicos miniaturizados dentro de un cuerpo humano. Abordo de un diminuto submarino, el *Proteus*, reducido al tamaño de una bacteria, la minúscula tripulación se desplaza por la corriente sanguínea del sistema arterial de un ser humano con el objeto de llegar a su cerebro y operar un hematoma intratable con las técnicas quirúrgicas habituales. Factor de reducción de tamaño: 17 millones.

A estas diminutas escalas aparecen diversos problemas de índole física. Por ejemplo, a los «micronautas» les resultaría del todo imposible atravesar la superficie de la sangre líquida para pasar al aire del pulmón. El responsable es la tensión superficial: la fuerza por unidad de longitud que tiende a contraer la superficie de los líquidos y, entre otros efectos, causa que las gotas de un líquido tiendan a adquirir la forma esférica, hace que la superficie libre de los líquidos se comporte como si de una membrana elástica se tratase. Los objetos pequeños no tienen un peso o inercia sufi-

10 21’ 20”.

ciente para romper esta membrana así que, a partir de un tamaño dado, les resultaría del todo imposible atravesar la superficie del líquido. Para los decididos micronautas, la tensión superficial sería tan grande que les impediría atravesar la superficie de separación entre ambos medios.

El problema de la respiración de los tripulantes de las moléculas de aire, cuyo tamaño a esa escala de reducción es del orden 1 milímetro, queda solventado de un plumazo: el submarino Proteus dispone de un miniaturizador que reduce las moléculas hasta el tamaño requerido para que sean respirables por los esforzados héroes miniaturizados. Claro, puede pensarse, que esta solución no es más que una salida por la tangente, pero debe reconocerse que, por lo menos, el guionista era consciente del problema y tuvo que recurrir a un nuevo truco para resolverlo. Es el peaje a pagar para poder continuar con la historia.

También el movimiento del microscópico submarino debería verse afectado por el bombardeo continuo de las moléculas del fluido sanguíneo, que poseen un tamaño comparable al de propio submarino. La causa es el movimiento browniano: el movimiento errático y aleatorio que presenta cualquier objeto pequeño en el seno de un fluido al recibir el impacto de sus moléculas. Como consecuencia, el submarino iría dando bandazos, a un lado y a otro, arriba y abajo, y le resultaría muy difícil mantener una trayectoria rectilínea.

Pese a todo ello, el filme permitía al público de la época tomar conciencia de la complejidad del cuerpo humano con unas imágenes fantásticas de su interior; algo a lo que estamos más habituados en la actualidad gracias al enorme desarrollo de las técnicas, desconocidas por entonces, de diagnóstico médico por imagen (por ejemplo, la tomografía axial computarizada —TAC— o la resonancia magnética nuclear —RMN—).

Frankenstein versus el hombre invisible

«¡Está vivo!»[11], exclama el doctor Henry Frankenstein. El experimento ha sido un éxito: un rayo ha conseguido insuflar vida a una criatura construida a partir de fragmentos de cadáveres. Frankenstein ha creado vida a partir de la muerte. La película *El doctor Frankenstein* (Whale, 1931) es la más famosa de las versiones cinematográficas que han recreado la

11 24’ 50”.

novela de Mary Wollstonecraft Shelley (1818). Considerada el punto de inicio del género de ciencia ficción, esta obra asocia electricidad y vida, en una época en la que los fenómenos eléctricos no se comprendían bien y estaban envueltos por un halo de misterio. En la idea de la creación de un ser humano con el único recurso de la ciencia, la autora reconoce como fuente de inspiración las experiencias realizadas con animales por el fisiólogo italiano Luigi Galvani (1737-1798). El secreto de la vida buscado por Víctor Frankenstein no responde, por tanto, a una visión fantástica, sino a una posibilidad real que los científicos del siglo XIX parecían dispuestos a convertir en realidad (Thuillier, 1990).

Mientras en la novela de Shelley las referencias explícitas a la electricidad son mínimas y no se describe con claridad el procedimiento empleado para crear vida, en la película de Whale es la exposición directa a un rayo durante una tormenta lo que permite dotar de vida a la criatura. La electricidad es la «llama de la vida», el «aliento vital» insuflado al ser monstruoso. No obstante, el procedimiento es del todo inverosímil. El calor generado por el paso de una corriente eléctrica a través de un cuerpo (efecto Joule) lejos de revivir al monstruo, ¡quemaría completamente su cuerpo! (Moreno y José, 1999). En cualquier caso, tanto el filme como la novela en que se basa muestran que es gracias a la ciencia que el hombre, Frankenstein, el moderno Prometeo, puede llegar a «rivalizar con Dios».

La película de 1931 no es la única adaptación de esta famosa novela. La primera versión cinematográfica fue *Frankenstein* (Searle Dawley, 1910), realizada por la Edison Film Company, la productora de Thomas Alva Edison (1847-1931), el prolífico inventor norteamericano que tantas aportaciones hizo en el campo de las aplicaciones de la electricidad y el magnetismo. En el filme, el doctor de marras crea íntegramente el monstruo recurriendo a la química (o a la alquimia, más bien). La carta que el Dr. Frankenstein dirige a Elizabeth, su prometida, es elocuente:

> Querida, esta noche se cumplirán mis anhelos. He descubierto el secreto de la vida y de la muerte y en pocas horas debería dar vida al humano más perfecto que el mundo haya conocido nunca. Cuando haya acabado este trabajo maravilloso, volveré para reclamarte como mi esposa.
>
> Devotamente tuyo, Frankenstein.[12]

12 1' 45".

En su laboratorio, rodeado de esqueletos y calaveras, se entrega a la mezcla de productos químicos en un caldero. De allí, por generación espontánea, surgirá no un humano perfecto, como pretendía su creador, sino un terrible monstruo. La química es, en este caso, la ciencia empleada para crear al innominado ser, aunque el procedimiento recuerda más a los métodos y pociones alquimistas que a otra cosa (Moreno, 2007).

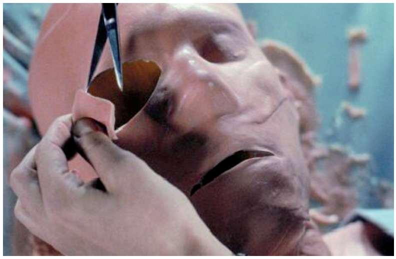



Figura 3. Uno de los muchos doctores Frankenstein de la productora Hammer, al que puso rostro un inefable Peter Cushing, haciendo de las suyas. Otro doctor, Sebastián Caine, descubridor moderno de la invisibilidad en *El hombre sin sombra* (Verhoeven, 2000).

Whale abordaría, apenas un par de años después, otro de los sueños de la humanidad: la invisibilidad. Lo haría en el filme *El hombre invisible* (Whale, 1933), basado en la novela homónima de Herbert G. Wells de 1897. El científico protagonista consigue adquirir este poder al inyectarse una peculiar sustancia de su invención que altera la estructura química del cuerpo tornándolo transparente a las ondas luminosas. Sin posibilidad de que estas se reflejen o se desvíen (refracción) en el cuerpo del individuo, este se vuelve invisible o, por lo menos, transparente. Aunque un cuerpo humano no es un objeto de composición homogénea, el método no deja de ser razonable. Entre los procedimientos variopintos imaginados para conseguir dicho estado es, quizás, el que posee una base más verosímil, aunque resulte tan poco eficaz como los demás (José y Moreno, 1998b; 2000).

Una consecuencia inesperada que lleva aparejado el estatus de hombre invisible es su incapacidad para obtener información luminosa de su entorno. Es decir, ¡el hombre invisible sería ciego! Si los ojos, al igual que el resto de su cuerpo, fuesen también invisibles, la luz los atravesaría sin

refractarse y no se formaría imagen alguna. Detalle que las últimas revisiones del mito, como *Memorias de un hombre invisible* (Carpenter, 1992) o *El hombre sin sombra* (Verhoeven, 2000), parecen también obviar.

Radiaciones aquí-pasa-de-todo

Otro científico de la ficción interesado en captar la radiación más allá de la luminosa, en este caso con finalidades médicas, es el doctor James Xavier, protagonista de un emblemático filme cuyo título no podía ser más elocuente: *El hombre con rayos X en los ojos* (Corman, 1963). Investiga la posibilidad de sensibilizar el ojo humano a otras longitudes de onda del espectro electromagnético, más allá de la estrecha franja correspondiente a la luz visible. «Esto es luz. Ondas de energía que excitan el ojo y el nervio óptico transmite esta energía al cerebro y con el cerebro vemos. Pero existen otras formas de energía con diferente longitud de onda. […] Quiero dar mayor sensibilidad al ojo humano. Que vea todas las radiaciones con capacidad suficiente, incluso superior a los rayos gamma»,[13] apunta (Moreno, 1999b).

Mediante un preparado químico de su invención con el que impregna sus propios ojos, empieza a ver a través de las puertas, de las paredes e, incluso, debajo de la ropa. En su afán de llegar más lejos, incrementa la dosis. Ello tiene unos efectos imprevisibles que no es capaz de controlar. Lo que en un principio es un extraordinario don con el que puede diagnosticar enfermedades mirando a través de la piel y que lleva aparejado no pocas situaciones cómicas (como la de contemplar los cuerpos desnudos de la gente) se convierte, a la postre, en una agobiante, desesperante e indeseable cualidad. El científico es incapaz de dormir puesto que sus párpados cerrados no bastan para conseguir la necesaria oscuridad. Su cerebro resulta ineficaz a la hora de procesar la ingente cantidad de información del mundo exterior que le suministran unos ojos sensibilizados a los rayos X.

El filme no deja claro si los ojos de Dr. Xavier actúan como detectores de rayos X, capaces, por tanto, de captar este tipo de radiación, o bien se trata de emisores. Más bien, parece jugar con esta dualidad de comportamiento según la situación. La forma más común de producción de rayos X es la denominada *radiación de frenado*, que se origina cuando partículas como electrones o protones se desaceleran rápidamente tras chocar a gran velocidad con un blanco. Este mecanismo es el utilizado en las aplicacio-

13 4’ 35”.

nes físicas, médicas e industriales de los rayos X. Cuando el Dr. Xavier ve a través de los objetos sólidos, sus ojos se comportan como emisores de este tipo de radiación. Pero, sin nada más, sería como tratar de obtener una imagen del objeto con una cámara fotográfica… ¡sin película! Para conseguir el efecto deseado, es necesario recoger la radiación en una placa fotográfica (la típica radiografía, por ejemplo) una vez ha atravesado el objeto en cuestión.

En su calidad de detectores de rayos X, los ojos del Dr. Xavier funcionarían como los detectores reales. Estos se basan en la ionización de un cierto gas (argón, por ejemplo) encerrado en un recipiente tras el paso de la radiación X. Sin embargo, la formación de la imagen de la fuente de rayos X es más difícil debido a su gran poder de penetración. Los telescopios de rayos X están constituidos por espejos colocados de forma que la incidencia de los rayos sea prácticamente rasante. ¿Cómo debería situarse, entonces, nuestro científico frente a una fuente emisora?

Después de todo, una simples gotas no son suficientes ni para sensibilizar los ojos humanos a los rayos X ni para que se conviertan en emisores de este tipo de radiación. Lo más interesante del filme reside en recordarnos que existe todo un mundo de impresiones más allá del alcance de nuestros sentidos y ante el que, como afirma el escritor Arthur C. Clarke, permanecemos sordos y ciegos.



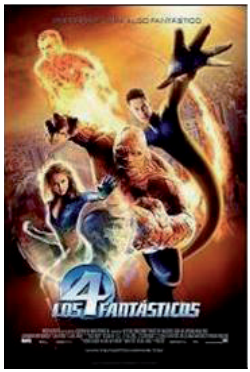


Figura 4. El Dr. Xavier puede ver el interior del cuerpo humano directamente con sus ojos en *El hombre con rayos X en los ojos* (Corman, 1963). Adiós, aparatos de rayos X. Ser irradiado y adquirir el estatus de superhéroe, todo en uno: *Los 4 Fantásticos* (Story, 2005).

Como comentábamos al principio, las radiaciones de todo pelaje han sido el recurso habitual para cambiar, mutar o transformar individuos para convertirlos en otra cosa. Un uso original lo encontramos en el filme *Total Recall* (Verhoeven, 1990), donde unas estrictas medidas de control obligan a los usuarios del transporte metropolitano a pasar a través de pantallas detectoras de armas. Parece tratarse de una especie de aparatos de rayos X, puesto que en la pantalla aparecen solo los esqueletos y los objetos metálicos. Al ser más densos, huesos y metales presentan una mayor oposición al paso de la radiación que las partes blandas e impresionan menos la placa o la pantalla donde se recoge la radiación. Por tanto, huesos y armas son, por contraste, fácilmente detectables. Sin embargo, el precio a pagar por la seguridad es demasiado alto. Cada vez que un usuario pasa delante del detector recibe una dosis de radiación que se multiplicará cada día del año que utilice el transporte subterráneo. Si no mortal de entrada, sí que el riesgo de padecer cáncer o defectos genéticos aumentará de forma alarmante en la población (José y Moreno, 1998a). Seguridad, sí, pero ¿a qué precio?

En la actualidad, para convertir a cualquiera en superhéroe de pro, abundan las radiaciones altamente energéticas, tipo rayos X e, incluso, la peligrosa radiación gamma. Y aquí no pasa nada. En *Hulk* (Lee, 2003), el Dr. Bruce Banner se convierte en ese superhéroe ambiguo; La Masa, de color verde y 3 toneladas de peso después de sufrir una exposición a los mortíferos rayos gamma. Los humanos podemos adquirir coloraciones rojizas o amarillentas o tonalidades pálidas, según el estado de ánimo o a causa de alguna enfermedad, pero nunca el color verde (cuestión de estética del personaje que procede del mundo del cómic [Lee y Kirby, 1962]).

El cuarteto superheroico de *Los 4 Fantásticos* (Story, 2005) adquiere tal condición cuando la estación espacial donde se encuentran es «engullida por turbulentas nubes de radiación cósmica que cambian el genoma de la tripulación.»[14] En el cómic original (Lee y Kirby, 1961), eran los recién descubiertos cinturones de radiación de Van Allen, que rodean la Tierra. Creíble hasta aquí. De hecho, uno de los grandes escollos del viaje espacial tripulado, aún no resuelto de forma satisfactoria, es el de la exposición de los astronautas a las radiaciones de todo tipo que barren el espacio interplanetario. Los rayos cósmicos (partículas cargadas muy veloces) representan un difícil obstáculo para los viajes tripulados (Parker, 2006). En el

14 12' 25".

espacio, los astronautas absorberían más radiación en un año que los trabajadores de una central nuclear en toda su vida. Aunque los efectos de la radiación en los seres vivos tienen una componente probabilística, lo que resulta cuestionable es que cada uno de los héroes irradiados desarrolle un superpoder diferente. Es como si al preparar un alimento en un horno de microondas cada componente del plato, una vez cocinado, hubiese adquirido propiedades diferentes… Y eso sin entrar a discutir la elasticidad de la que hace gala el Hombre Elástico; la solidez, incluso de sus órganos vitales, de La Cosa, y las elevadas temperaturas corporales de la Antorcha Humana. Curiosamente, a este último le miden, en un hospital convencional, una temperatura de 98 ºC.[15] ¿Existen termómetros clínicos que alcancen esta temperatura?

En busca del alma

«Dicen que todos perdemos 21 gramos en el momento exacto de la muerte. Todos. […] 21 gramos, el peso de cinco monedas de cinco centavos, el peso de un colibrí, de una chocolatina. ¿Cuánto pesan 21 gramos?»[16] El alma, un artículo de fe por cuya posesión el diablo y los creyentes (religiosos) andan a la greña, no solo existiría, sino que puede ser cuantificada y medida. Por lo menos, así nos lo recuerda el filme *21 gramos* (González Iñárritu, 2003). El título hace referencia a cierta creencia sobre la pérdida de peso atribuida al alma tras la muerte de su propietario (José y Moreno, 2004).

La idea arranca, parece ser, del fisiólogo y anatomista alemán Rudolf Wagner (1805-1864) quien, en 1854, planteó ponderar esa supuesta sustancia inmaterial e inmortal de la que está hecha el alma. Sería, sin embargo, el médico norteamericano Duncan MacDougall (1866-1920) quien se pondría manos a la obra. En 1907 publicó en *American Medicine* un artículo de título harto elocuente: «El alma: hipótesis sobre la sustancia del alma junto con una evidencia experimental de la existencia de dicha sustancia» (MacDougall, 1907). De sus conclusiones se haría eco la prensa de la época siempre ávida de noticias sensacionalistas. Con un comedido titular, el diario *The New York Times* aireaba el asunto: «El alma tiene peso, sostiene un médico» (The New York Times, 1907). Si el alma fuese mate-

15 17'.

16 1:51' 20".

rial y, por tanto, tuviese masa, entonces debería poder medirse una disminución del peso del difunto en el momento del deceso cuando el alma abandona el cuerpo. Una hipótesis de trabajo defendida por MacDougall, aunque la metodología seguida para su verificación experimental dejase mucho que desear.

Este émulo del doctor Frankenstein construyó una cama sobre una plataforma en forma de báscula en la que colocó enfermos en fase terminal. Reporta haber medido cambios apreciables en el peso de los cuerpos en el momento mismo de su paso a mejor vida. Las pérdidas de peso observadas entre antes y después del fallecimiento fueron, según describe, de tres cuartos de onza, es decir, 21,3 gramos: «Tenemos una inexplicable pérdida de peso de tres cuartos de onza. ¿Es el alma? ¿Qué otra explicación podemos darle?»

Sin embargo, la investigación adolece de la rigurosidad que la afirmación que se desea probar requiere. De los seis casos reportados, solo cuatro resultaron aprovechables. Una estadística demasiado escueta para acabar asegurando que «toda» alma pesa 21 gramos, habida cuenta, además, de la dispersión de los valores obtenidos, de los errores e imprecisiones inherentes a toda medición y de las dificultades para establecer el momento exacto de la muerte. El investigador pretendió justificar estas discrepancias aduciendo que el temperamento del fallecido influía en el tiempo de permanencia del alma en el cuerpo (!).



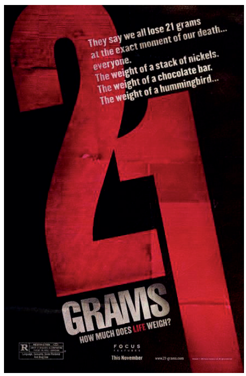


Figura 5. Los doctores Barnhelm y Crossetten en pleno proceso de resurrección mediante una descarga eléctrica en *Lola* (Young, 1914), la hija de uno de ellos fallecida en un accidente. La Muerte, sin embargo, les reclama su alma. ¿Pero, de verdad, el alma tiene peso? Pese al título, *21 gramos* (González Iñárritu, 2003) es un drama, alejado del género fantástico.

A pesar de barajar otras posibles explicaciones de tipo fisiológico para las diferencias de peso medidas, como las pérdidas de peso en los moribundos debidas a la evaporación en la respiración y el sudor y a la espiración del aire residual de los pulmones, el obcecado doctor se decantó, una vez descartadas estas, por la explicación más fantasiosa. El trabajo carece de toda validez como prueba del peso del alma, aunque el bulo haya llegado incólume hasta nuestros días. Tras corroborar su hipótesis repitiendo los experimentos con perros (con resultados negativos puesto que los animales, como se sabe, no tienen alma), este «doc» seguiría en sus trece orientando sus poco escrupulosas investigaciones por otros derroteros: la fotografía del aura, otra supuesta manifestación del alma. Un caso más para archivar en los anales de la ciencia patológica.

Los vampiros no friegan platos

Viago, Deacon, Vladislav y Petyr son cuatro vampiros que comparten apartamento en el filme neozelandés *Lo que hacemos en las sombras* (Clement y Waititi, 2014). Se trata de un falso documental, ganador del Premio del Público en el Festival de Sitges 2014, que muestra, en tono mordaz y satírico, la cotidianidad de los señores de la noche. Los cuatro chupasangres siguen las tipologías de vampiro más usuales: mientras Viago es el referente del aristocrático Drácula, Petyr lo es del monstruoso Nosferatu (fig. 9).

Los vampiros y, como veremos más adelante, los zombis son seres míticos más propios del reino de la fantasía (Ardanuy, 2009). Ejercen un gran poder de atracción y seducción. El cine así lo ha entendido y recurre, con profusión, a estos arquetipos. Los amos de la noche poseen propiedades bien conocidas que pueden resumirse en:

- se alimentan de sangre fresca (humana, si puede ser). Infectan y convierten en uno de los suyos a los humanos que muerden,
- pueden transformarse a voluntad en animales (preferentemente, murciélagos, pero también lobos o humo, si hace falta),
- pueden mover su alargada sombra a voluntad y no se reflejan en los espejos,
- son invulnerables,
- poseen la capacidad de curación y de regeneración,

- solo pueden ser eliminados por decapitación, clavándoles una estaca en el corazón o exponiéndolos a la luz solar (ciertos vampiros modernos ya han superado este problema gracias a las cremas de alta protección solar). Los balas de plata, ampliamente utilizadas para eliminar a hombres lobo, tienen también efecto. Así se muestra en el filme *Abraham Lincoln: cazador de vampiros* (Bekmambetov, 2012): en la batalla de Gettysburg (1863), las hordas vampíricas sudistas son diezmadas por el ejército de la Unión con balas y obuses de plata,
- de porte aristocrático, como el simpar conde Drácula, e inmortales (el aburrimiento es también un rasgo característico),
- cuando fenecen lo hacen dejando un montoncito de ceniza
- y, su punto débil: el ajo, la cruz cristiana y el agua bendita (son como la kriptonita para Superman).

Algunas de estas propiedades no resisten un análisis racional. Veamos. ¿Qué sucede cuando el conde Drácula o cualquiera de sus acólitos vampirescos se convierte en un murciélago? ¿A dónde va a parar la masa? Los 75 kilogramos de Drácula se convierten en unos 2 kilogramos de murciélago, sin que la densidad de la carne y los huesos se modifique. La masa no puede desparecer y, si lo hace, es porque se convierte en energía. Así lo plasmó Albert, Einstein claro, en su famosa fórmula: la energía es igual a la masa por la velocidad de la luz al cuadrado. Masa y energía son equivalentes. La desaparición de 73 kilogramos de materia (por muy vampiresca que sea) debería originar una explosión equivalente a 1.500 megatones: unas 25 bombas de hidrógeno, los artilugios más mortíferos fabricados por el hombre, explosionando a la vez. O 100.000 bombas atómicas como las lanzadas al final de la II Guerra Mundial.[17]

Y cuando el murciélago vampiro desee recuperar la forma original del conde, ¿de dónde obtendrá la masa que le falta? Sin embargo, su reducción de tamaño justificaría la capacidad de volar. Algo que con su talla normal no puede realizar porque la fuerza de sustentación proporcionada por la capa que todo vampiro clásico suele llevar encima es insuficiente para compensar su peso. Otro señor de la noche, como el superhéroe Batman,

17 El poder explosivo de una bomba de hidrógeno (60 megatones) equivale al de unas 4.000 bombas atómicas (15 kilotones).

tiene los mismos problemas: la dimensión de su *batcapa* es demasiado pequeña para permitirle, en este caso, planear.

Otra de las llamativas propiedades que plantea conflictos es la de por qué los vampiros no se reflejan en los espejos. Si los podemos ver, ¿cómo es que los espejos no retornan su imagen? ¿Están recubiertos de alguna pintura antivampírica?

Un espejo posee dos superficies: una opaca, de estaño o mercurio, y la otra, reflectante, de plata o metal similar. Cuando nos miramos en un espejo, la luz (artificial, de una bombilla, o natural, del sol) se refleja en nuestra cara o cuerpo y rebota en la superficie del espejo, retornando a nuestros ojos. Si el vampiro no se refleja es, o bien porque toda la luz que le llega es absorbida por su cuerpo (no refleja nada), o bien porque la luz que refleja es absorbida por el espejo. En el primer caso, el vampiro sería totalmente negro. No es lo habitual, aunque de ese color es el vampiro, «más mortal que Drácula», de *Blacula* (Crain, 1972). En el segundo caso, es una contradicción: el espejo refleja toda la luz que le llega. No tiene ningún sentido que discrimine si es la que procede de un vampiro y la absorba completamente sin reflejar nada. Si fuese así, tampoco nosotros nos reflejaríamos en un espejo. En consecuencia, si el vampiro es invisible en un espejo también debería serlo en la visión directa.

No es una propiedad demasiado interesante para el propio afectado: «Una de las cosas malas de no tener reflejo es que no sabes cómo luces exactamente», sentencia Viago, el vampiro *dandy* de *Lo que hacemos en las sombras* (Clement y Waititi, 2014).[18] O sea, que cuando vas a salir dependes de tus semejantes para saber cómo te sienta lo que llevas puesto.

Estos impedimentos no son óbice para que existan escenas antológicas, desde el punto de vista cinematográfico, como la del baile de los dos humanos que se cuelan en el castillo habitado por un nutrido grupo de vampiros en el paródico filme *El baile de los vampiros* (Polanski, 1967). Solo ellos se reflejan en el gran espejo del salón. Suspendamos la racionalidad y disfrutemos de las escenas, pero no olvidemos que no tienen ninguna base real.

18 13 min 45 s.

Nosferatu, 1. Conde Drácula, 0

Tez lívida, afilados colmillos y la sempiterna capa son elementos imprescindibles de cualquier disfraz de vampiro. Una muestra más de la enorme influencia de los arquetipos cinematográficos en la iconografía popular. Mientras una piel pálida es consecuencia de su escasa exposición a la radiación solar, no está tan claro por qué esos impenitentes chupadores de sangre se representan con unos dientes caninos hiperdesarrollados (y retráctiles).

Desde el punto de vista de la eficiencia chupadora, unos colmillos no son la mejor opción para morder y succionar la sangre humana. Como señala el *blogger Elotrowendigo* (2008),[19] producir dos agujeros tan separados tras la mordedura no resulta idóneo. Si de lo que se trata es de chupar, sería mejor una sola herida grande y centrada, o dos, pero cercanas, a la que aplicar los labios del vampiro. Cualquiera que ha practicado con una pajita y su bebida favorita sabe que sorber por el centro de la boca es mejor que por la comisura de los labios. Las especies animales que se nutren total o parcialmente de sangre (hematófagas) no emplean el modelo vampiro. Las lampreas, por ejemplo, poseen una boca circular en forma de ventosa con varios círculos concéntricos de dientes. Las glándulas entre los dientes de la sanguijuela medicinal (la empleada con profusión en la práctica médica tradicional para sangrías) segregan, además, una sustancia que impide la coagulación de la sangre de la víctima. Otros animales, como chinches y mosquitos, poseen una estructura bucal alargada en forma de pico o aguja adaptada para perforar y succionar líquidos.

19 Elotrowendigo (blog) (2008) «El tocho sobre colmillos vampíricos». Consultado en enero de 2015.



Figura 6. Entre Nosferatu y Drácula no hay color (valga el doble sentido). Los dientes incisivos que emplea el primero en sus mordeduras y posterior succión de sangre resultan más aptos que los colmillos (dientes caninos) del conde. En cambio, la apariencia apolínea del segundo se impone sobre los rasgos terroríficos, subrayados por la dentadura y las manos deformes, del primero.

La posición central de los dientes responsables de la mordedura es más ventajosa que su disposición lateral. Los murciélagos vampiro emplean sus largos dientes incisivos y no los caninos para provocar la herida en la víctima. Si nos atenemos a su eficiencia succionadora, el vampiro ideal debería parecerse más al horripilante *Nosferatu el vampiro* de F. W. Murnau (1922) o de W. Herzog (1979) que al apolíneo conde Drácula (fig. 6). Aunque existe otro factor que tener en cuenta: la estética del personaje resulta clave en su estrategia para obtener alimento. La seducción y atracción que el apuesto vampiro ejerce le será muy provechosa a la hora de atraer incautas víctimas, pese a que su mecanismo mordedor-succionador no sea óptimo.

Un problema transilvano

Si existe una enfermedad que se ha intentado conectar con el vampirismo esta es, sin lugar a dudas, la rabia (Kaplan, 2012; Terrasa, 2014).[20] Una enfermedad contagiosa ocasionada por un virus de la familia *rhabdovidirae* y transmitida por animales como perros, lobos y murciélagos, estrechamente relacionados con la mitología vampírica.

Que la mordedura sea la causa de la conversión de la víctima en vampiro concuerda con el método de transmisión de la enfermedad. El largo periodo de incubación (de uno a varios meses) y los síntomas habituales de esta enfermedad (fiebre, pérdida del apetito, depresión, ansiedad) coinciden también con la fase de transformación progresiva de la víctima. El estado de alta excitabilidad y furor extremo (el virus afecta al sistema nervioso central) provoca reacciones exacerbadas frente a pequeños estímulos como, por ejemplo, la visión de la propia imagen reflejada en el espejo. ¿Sería esta la justificación racional de la no reflexión de la imagen del vampiro en los espejos?

Esta enfermedad infecciosa es denominada también *hidrofobia* por el horror al agua que suelen padecer quienes han sido mordidos por un animal rabioso. ¿Explicaría esta característica la aversión al agua bendita de los vampiros?

Otra enfermedad que se ha especulado que podría haber servido de inspiración a las leyendas vampíricas es una rara enfermedad metabólica de la sangre: la porfiria (Lane, 2003). Se trata de un grupo de trastornos provocados por la acumulación de ciertos pigmentos, denominados *porfirinas*, en la piel y los huesos. La clorofila, el pigmento vegetal responsable de la fotosíntesis, y el hemo, base de la hemoglobina, la molécula encargada del transporte de oxígeno, son porfirinas. La porfiria es el resultado de alteraciones en la producción de hemo en el organismo. La luz solar transforma esta porfirina en toxinas cáusticas que afectan al tejido circundante (fotosensibilidad).

Las formas más severas de la enfermedad, como la porfiria eritropoyética congénita, pueden provocar destrucciones óseas y cartilaginosas severas: mutilaciones y desfiguraciones grotescas como las que se esperaría encontrar en los que regresan de la tumba. Labios roídos y encías retraídas

20 Terrassa, Lorenzo (2014), *La Medicina y el cine de Terror*. Consultado el 22 de septiembre de 2015.

que dejan al descubierto dientes de color rojo de apariencia más larga, como colmillos. Nariz y orejas carcomidas que muestran la parte frontal de los agujeros nasales y dan un aspecto puntiagudo de las orejas, típicos de algunos rostros vampíricos de la ficción. La piel expuesta a la radiación solar queda cubierta de ampollas y lesiones y cicatrices: zonas de enrojecimiento intenso alternadas con otras de palidez… mortal.

El arcaico tratamiento terapéutico con transfusiones de sangre de la anemia subyacente (de escasa eficacia por la acción de los jugos gástricos) ha llevado a pensar que los enfermos de porfiria podrían haber buscado remedio a su mal bebiendo sangre. Sea o no cierto, seguro que los afectados por la forma grave de esta enfermedad no se aventurarían a salir durante el día, y que evitarían los ajos, pues algunas sustancias que estos contienen agravan los síntomas de la enfermedad. Caras y manos desfiguradas, dientes enrojecidos, sed de sangre, sensibilidad a la luz solar y aversión al ajo… vampiros, sin duda. Los únicos detalles discordantes de la hipótesis porfírica como explicación del vampirismo serían, por un lado, la extraordinaria rareza de esta enfermedad (solo unos pocos centenares de casos diagnosticados en todo el mundo) y, por otro, su carácter metabólico y no contagioso, que no sustentaría la forma en que se transmite el vampirismo.

Para analizar la propagación del vampirismo y sus efectos, recurrimos, siguiendo a Palacios (2011), a una versión simplificada de un modelo de fuentes renovables desarrollado en el ámbito de la economía (Hartl y Mehlman, 1982). Vlad Tepes fue un sanguinario príncipe rumano del siglo xv. Es el hipotético primer vampiro. Sirvió de inspiración al escritor Bram Stoker para su personaje del conde Drácula (1897) que dio origen a la tradición vampírica moderna. Vlad murió en diciembre de 1476. Supongamos que esa es la fecha del inicio de la infección vampírica y que el despiadado Vlad había mordido e infectado a un humano. La población estimada de la humanidad en esa época era de 450 millones de seres. Así que la estadística poblacional era 449.999.998 humanos mortales y 2 vampiros (Vlad y el recién mordido). Supongamos también que el vampiro sale una sola vez al mes en búsqueda de sangre fresca y que tiene suficiente con morder a un solo humano. Un mes después, habrá 449.999.996 humanos y 4 vampiros (los dos iniciales más los dos infectados por estos). Tras la siguiente salida mensual habrá 449.999.992 humanos y 8 vampiros. Y luego, 449.999.984 humanos y 16 vampiros, etc. La población vampírica aumenta de forma exponencial.

Una fórmula matemática, relativamente sencilla, permite hallar el número de salidas vampíricas necesarias para acabar con la reserva de humanos (Efthimiou y Gandhi, 2007; Palacios, 2011). Resulta que la raza humana desparece de la Tierra, transformada en vampiros, en solo 29 meses. Es decir, para mayo del año 1479.

Si en vez de una víctima al mes, el vampiro realiza tres ataques, la extinción humana se daría en 15 meses. Con cinco víctimas al mes, ¡solo duraríamos un año! La situación es dramática. Incluso con la población actual (alrededor de 7.000 millones de personas), al ritmo sosegado de un infectado al mes, solo subsistiríamos 33 meses.

Se trata de un modelo que describe la evolución libre de un sistema formado por unos depredadores (los voraces vampiros) y unas presas (los incautos humanos). No tiene en cuenta factores como la natalidad y mortalidad de las presas que pueden influir en el crecimiento o la disminución del número de individuos. Con modelos más complejos, que en biología se emplean para estudiar la dinámica de poblaciones predador-presa, conocidos como problemas de Lotka-Volterra, las conclusiones no varían sustancialmente.

En resumen, si los vampiros existiesen, la humanidad habría desaparecido hace tiempo. Aunque existen soluciones originales, procedentes de la ficción, claro. Basta con la presencia de seres entregados a controlar la expansión vampírica descuidada con el uso eficiente su talón de Aquiles (estacas y demás): individuos medio-vampiros-medio-humanos, como *Blade* (1998); cazavampiros, como *Van Hesling* (2004) o *Buffy, cazavampiros* (1992; serie TV 1997) o el propio sacerdote guerrero de *El sicario de Dios* (2011), ducho también en mantener a raya a los chupasangre.

Sangre y mordiscos: coexistencia entre humanos y vampiros

En la saga literaria *Crepúsculo* (Meyer, 2005-Presente), cuya versión fílmica (Hardwicke, 2008-Presente) se ha convertido en la franquicia de temática vampírica más taquillera de todos los tiempos, los vampiros conviven con los humanos. Algunos se alimentan de la sangre de animales y no matan humanos: «Mi familia y yo somos diferentes de los de nuestra especie. Solo cazamos animales. Aprendimos a controlar nuestra sed […] Nos consideramos vegetarianos porque solo nos alimentamos de sangre de

animales».[21] No son ya las criaturas malignas de antaño, sino el producto de la evolución natural (Martínez, 2010). Para los vampiros adolescentes de la saga, aunque: «Cuando probamos la sangre humana, nos provoca un frenesí y resulta casi imposible parar»,[22] los humanos han dejado de ser sus presas.

Ciertas aproximaciones y estudios modernos del tema vampírico plantean también modalidades de coexistencia, más o menos pacífica, entre la especie vampírica y la humana. ¿Es posible? Se trata de una pregunta, para nada ociosa, que ha permitido establecer modelos de confrontación entre especies que trascienden el ficticio punto de partida. Se basan en la teoría del control y la modelización matemáticas. Una muestra más de cómo la ficción puede inspirar a la ciencia.

Los efectos de estas ideas de la ficción se pueden analizar con la introducción de variables en los modelos matemáticos. Por ejemplo, el matemático Sejdinovic (2008) ha encontrado una solución óptima que tiene en cuenta un ritmo de destrucción y mantenimiento a raya de la población vampírica (uso eficiente de estacas, ajos y agua bendita por parte de algún cazavampiros de guardia). Si se extrapolan sus resultados, la actual población mundial daría para mantener a una población vampírica estable de 3,25 millones (Thaler, 2009). Los vampiros solo pueden sobrevivir si los humanos también sobreviven y la población vampírica es tan pequeña, en términos relativos, que no tiene efectos apreciables en el conjunto de los humanos.

Las interacciones entre vampiros y humanos descritas en la ficción se pueden clasificar en tres modelos (Strielkowski, *et alii*, 2012):

1. *Modelo de Stoker-King*: modelo clásico expuesto en las novelas de Bram Stoker (1897) y Stephen King (1975). Conversión constante de humanos tras el mordisco diario del insaciable vampiro. Ausencia de cazavampiros. En poco menos de medio año (165 días) después de la aparición del primer vampiro, la población humana se ha reducido en un 80 %. La extinción de los humanos conduce a la extinción de los vampiros. No hay futuro. Este modelo es análogo al de un brote epidémico causado por un virus mortal como el ébola.

21 52'.

22 57'.

2. *Modelo de Harris-Meyer-Kostova*: procedente de las novelas de Sthepanie Meyer (saga *Crepúsculo*, 2005-Presente), Charlaine Harris (saga *Shoutern Vampire Mysteries*, 2001-Presente, en la que se basa la serie de TV *True Blood*, Ball, 2008-2014) y Elisabeth Kostova (*The Historian*, 2005). Coexistencia pacífica entre vampiros y humanos: en la primera, ya comentada, los vampiros toleran la luz solar, beben sangre de animales y hasta pueden enamorarse de los humanos. En la segunda, los vampiros pueden adquirir sangre humana sintética envasada en tiendas, bares y estaciones de servicio. La sangre vampírica, por el contrario, es una poderosa droga alucinógena que los humanos buscan en el mercado negro o directamente de algún vampiro capturado. Los humanos pueden convertirse en vampiros, pero requiere tiempo y esfuerzo. Interesante saga donde los vampiros reclaman sus derechos como ciudadanos. En *The Historian*, los vampiros son raros y no se revelan ante los humanos, excepto ante los bibliotecarios, por los que sienten una extraña atracción.

   Si se asume una población vampírica de partida de 5 millones (población del primer libro de la saga Southern Vampire: *Muerto hasta el anochecer*), el modelo admite una solución estable y pacífica, que se repite cíclicamente, de ambas poblaciones: con picos de 9.600 millones de humanos en el año 2046 y de 397 millones de vampiros para el 2055. Una simbiosis muy frágil que puede verse alterada de forma dramática bien por un aumento de la sed de sangre por parte de los vampiros o por un exceso de celo de los cazavampiros.
3. *Modelo de Whedon*: procedente de la saga TV *Buffy, cazavampiros* (Whedon, 1997-2003) (fig. 7). Existencia de un número considerable, aunque desconocido, de cazadores de vampiros cuyo prototipo, poco representativo, es la estudiante Buffy Summers. Si su actividad es eficiente, la población vampírica resultará exterminada. La humanidad consigue así superar los estragos iniciales causados por los vampiros. Escenario similar al de las infecciones zombis de *28 días después* (Boyle, 2002) y *Resident Evil* (Anderson, 2002-Presente), que analizaremos más adelante.

El modelo 1 lleva a la extinción de la humanidad y, en consecuencia, a la desaparición de los vampiros. El modelo 3, dada la eficiencia de los

cazavampiros, conduce a la extinción de los vampiros. Solo el modelo 2 permite, a años vista, una delicada coexistencia de ambas especies.

Una vuelta de tuerca más en los modelos de interacción entre especies rivales lo constituye la trilogía de *Blade* (Norrington, 1998-2004): un poderoso cazavampiros fruto de la unión vampiro-humana (su madre fue mordida por un vampiro) protege a la raza humana. Posee la fuerza y los sentidos mejorados de los vampiros, pero sin sus debilidades: es inmune al ajo y a la luz solar (fig. 7). Para estar a su altura, los guionistas ponen en juego a los supervampiros: vampiros que han desarrollado el virus *reaper*. Son más fuertes y rápidos que los normales y son inmunes al ajo, la plata y el sol. Para colmo, se alimentan de sus congéneres (una vez cada 5 o 7 días) y no están interesados por los humanos. Sus víctimas, los vampiros, pasan directamente al estado supervampírico.

El modelo matemático de Blade (Strielkowski, *et alii*, 2013) incluye ahora tres especies: humanos, vampiros y supervampiros. Con sus cazavampiros correspondientes y un supercazavampiros. Sí, lo han adivinado, se trata de Blade, interpretado por el musculoso Wesley Snipes. Tomamos como escenario el descrito en *Blade 2* (del Toro, 2002), donde Blade debe decidir entre ayudar a los vampiros para exterminar a los supervampiros o no hacerlo, al fin y al cabo, los supervampiros no representan una amenaza directa para los humanos.

Si Blade opta por la primera opción y ayuda, como en el filme, a exterminar a los supervampiros, el modelo muestra una disminución de la población humana. Si se parte de una población inicial de 6.100 millones de personas (año 2001), en 21 años se habrá alcanzado un mínimo de 1.200 millones (año 2022) para luego aumentar hasta un máximo de 8.500 millones (año 2196). El proceso se repite de forma cíclica. Otro tanto pasa con las poblaciones vampírica y supervampírica. Los 5 millones de vampiros iniciales (en 2001) pasan a 9,8 millones en 15 años (2016) para declinar hasta solo 500 vampiros en el año 2055. Y la población supervampírica pasa del único supervampiro inicial a un máximo de 7,2 millones en 21 años (2022), para disminuir luego hasta prácticamente el borde de la extinción.

En cambio, si Blade opta por no ayudar a los vampiros a exterminar a sus nuevos enemigos, los supervampiros, no hay manera de mantener una coexistencia estable entre las tres especies. La población humana disminuye por los continuos ataques de los vampiros (que siguen mordiendo a diestro y siniestro), pero luego empieza a crecer sin pausa cuando los

supervampiros han exterminado a todos los vampiros. Recuérdese que estos no son enemigos naturales de los humanos. En esta situación, la población de supervampiros se mantiene estable (unos 10,4 millones) hasta su muerte por la falta de alimento: al exterminar a todos los vampiros, se quedan sin recursos alimentarios. Desde el punto de vista de la especie humana, resulta más beneficioso que Blade no interfiera y no ayude a los vampiros. Nuestros depredadores directos acaban extinguiéndose. Llámenme egoísta.

El modelo de Blade, una extensión del de Lotka-Volterra o predador-presa con el que iniciábamos este capítulo, puede interpretarse como un modelo matemático de la lucha contra las enfermedades infecciosas reales. El vampiro no es más que es una metáfora de los humanos aquejados por una enfermedad infecciosa, mientras los supervampiros lo son de una enfermedad cuyo origen infeccioso ha mutado.

La lucha contra una infección vampírica requiere recursos extensos (efectividad de los cazavampiros) y, a no ser que el virus mute y empiece atacando a los ya infectados con su forma primaria (aparición de supervampiros), la existencia de la humanidad puede verse en peligro.



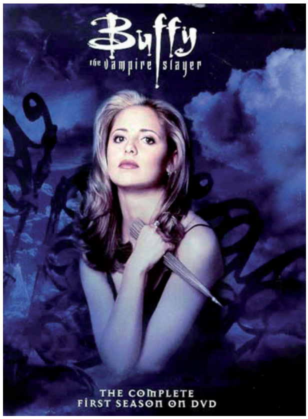


Figura 7. *Blade* y *Buffy*: cazavampiros indispensables para mantener a la población vampírica (o supervampírica, si es el caso) a raya.

Por si acaso, y la física y las matemáticas fallan, manténganse alerta. Cierren puertas y ventanas cuando se haga de noche. Cuelguen alguna ristra de ajos del marco de la puerta, aparte de cerrar el paso a los vampiros,

resultan imprescindibles en muchas comidas, como el *all i oli* catalán (dejo a su consideración la justificación de por qué en Cataluña no hay tradición vampírica). No vayan solos por lugares oscuros y solitarios. El crucifijo es opcional. Y aléjense de los bancos y de la bolsa: a nadie se le escapa que los malvados chupasangres son una metáfora de los especuladores y banqueros sin escrúpulos que desean imponer su manera de entender y gobernar el mundo.

Ya Voltaire, en la entrada «Vampiro» de su *Diccionario filosófico* (1764), se refería a este tipo de vampiros:

> ¿Es posible creer en la existencia de vampiros en pleno siglo XVIII, después del reinado de Locke, Saftesbury, Trenchard, Collins y sus sucesores Alembert, Diderot, Saint Labert y Duclos? Por increíble que parezca, el reverendo benedictino dom Agustín Calmet imprimió y reimprimió la historia de los vampiros con aprobación de la Sorbona. Los vampiros eran muertos que salían del cementerio, por la noche, para chupar la sangre a los vivos, en la garganta o en el vientre, y que después volvían al camposanto y se encerraban en sus fosas. Los vivos a quienes los vampiros chupaban la sangre enflaquecían y se iban consumiendo, mientras que los muertos que les habían chupado engordaban, les salían los colores y estaban la mar de rozagantes. Polonia, Hungría, Silesia, Moravia, Austria y Lorena eran los países donde los muertos se entregaban a este festival de sangre. Nadie oía hablar de vampiros en Londres, ni en París. Confieso que en esas dos urbes hubo agiotistas, comerciantes y hombres de negocios que chuparon a la luz del día la sangre del pueblo, pero no estaban muertos, sino corrompidos. Esos verdaderos chupópteros no vivían en los cementerios, sino en magníficos palacios.[23]

Los mismos agentes que Marx y Engels señalaban en economía (la metáfora del vampiro): el capital o los burgueses que chupan la sangre de la clase trabajadora (Neocleous, 2003). Pues eso.

En tierra de zombis

Si en el 2014 era un heterodoxo filme de vampiros el que se alzaba con el Premio del Público del Festival de Sitges, en el 2009 lo había conseguido *Bienvenidos a Zombieland* (Fleischer, 2009) (fig. 9). Desde hace unos años, durante la celebración del festival se organiza, con gran éxito de partici-

23 Voltaire (1764) *Dictionnaire philosophique*, p. 413: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k37538b>. Consultado el 8 de mayo de 2014.

pación, la Zombie Walk (caminata zombi). Los zombis, seres también míticos, siguen haciendo de las suyas y acaparando la atención del personal.

¿Qué es un zombi? Un humano muerto que retorna a la vida. Un cadáver reanimado. Un muerto viviente. «Son una plaga y la raza humana, sus huéspedes», sentencia uno de los protagonistas de *Zombieland*. Una búsqueda en IMDb[24] por la palabra clave *zombi*, arroja 161 filmes (2011). Si se añaden aquellos filmes que no la incorporan en el título, pero van de esta temática, tenemos más de 200 filmes. Y en aumento. Un buen número que da cuenta del peso cinematográfico del tema. Corazones sensibles, absténganse de seguir leyendo.

Los zombis popularizados por Hollywood están lejos de aquellos humanos supuestamente retornados a la vida mediante ciertas drogas y prácticas de la religión vudú haitiana. Seres que han perdido la voluntad y la conciencia. Sonámbulos. Son los zombis clásicos de filmes como *La legión de los hombres sin alma* (Halperin, 1932), el primero donde aparece uno, y *I Walked with a zombie* (Tourneur, 1943). Poco tienen que ver con los zombis modernos que tienen su aparición estelar en *Night of the Living dead* (Romero, 1968) (fig. 8). Sus características más destacables son las siguientes:

- lentos, tanto mental como físicamente. Aunque algunos, como en las sagas *Resident Evil* (Anderson, 2002-Presente) o [REC] (Balagueró, 2007-2014), poseen propiedades mejoradas: son más fuertes, rápidos e inteligentes,
- comen (aunque no digieren) personas vivas,
- transmiten su condición a base de mordiscos
- y se les puede volver a matar (¿aunque ya estaban muertos?) destruyendo su cerebro.

En los filmes modernos, la causa de su estado no es el vudú, sino una infección biológica no por desconocida menos real o posible. Hay, pues, cierta base científica en su origen. Por lo general, algún tipo de virus que escapa al control de investigadores y corporaciones privadas poco escrupulosas.

24 Internet Movie Database, <http://www.imd.com>. Consultado el 27 de mayo de 2014.



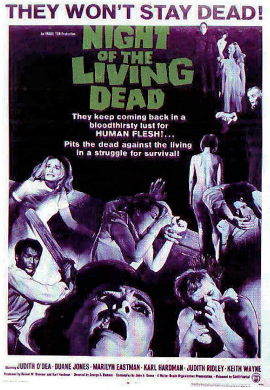


Figura 8. Zombis clásicos: *Yo anduve con un zombi* (Tourneur, 1943)
y modernos: *La noche de los muertos vivientes* (Romero, 1968).

Bienvenidos a Zombieland es uno de los primeros filmes en señalar, aunque erróneamente, que el origen de la *enfermedad* es el prión: la proteína responsable de la enfermedad de las vacas locas en humanos (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o ECJ). El protagonista del filme sugiere que esta enfermedad es la causa de los zombis. Pero dice que es un virus, cuando se trata de una proteína: «Mi primer encontronazo con la plaga del siglo xxi. ¿Recordáis las vacas locas? Pues de vacas locas se pasó a personas locas y de ahí a zombis locos. Es un virus de acción rápida que te causa inflamación cerebral. Una fiebre brutal, te vuelve odioso, violento y te da unas ganas de comer que te cagas…».[25] ¿Y el primer infectado? «El paciente cero se zampó una hamburguesa contaminada en un área de servicio».[26]

Los síntomas asociados a la enfermedad ECJ son muy similares a los de un muerto viviente de la ficción: afecta al sistema nervioso central. En las etapas iniciales, los enfermos sufren fallos de memoria, cambios de comportamiento, falta de coordinación, problemas visuales; cuando la enfermedad progresa, deterioro mental, movimientos involuntarios, ceguera, debilidad en las extremidades, coma y muerte.

El origen de la infección imparable es, habitualmente, un virus. Da mucho juego. La infección viral se produce por contacto con la saliva du-

25 17’ 50”.

26 17’ 50”.

rante la mordedura. Aunque también debería incluir la sangre y las secreciones del muerto viviente. Cuando los protagonistas son salpicados de sangre o lo que sea, ¡nunca se contaminan! El supuesto virus se hace con el control del cuerpo, en concreto, según parece, del sistema nervioso central. La conversión de humano en zombi tiene lugar con la pérdida de la conciencia y el desarrollo de la típica, e inexplicable, conducta agresiva. El virus, este sí real, de la rabia afecta también al sistema nervioso central.

El virus zombi resulta fatal en el 100 % de los casos. Algo sin parangón en la realidad: no existe ningún virus real tan virulento. Solo el VIH se acercó, desgraciadamente, a este porcentaje en los primeros años de la pandemia del sida. El ébola, uno de los más mortíferos, puede llegar a causar la muerte del 90 % de los infectados. Utilizando las asunciones biológicas de los filmes, se han desarrollado interesantes modelos teóricos de un ataque zombi (Munz, *et alii*, 2009), parecidos al modelo de expansión vampírica comentado.

El perfil biológico del zombi moderno resulta también harto difícil de justificar (Sabadell, 2011). Los zombis no poseen aparato circulatorio. Sangran, pero poco, aunque les gotea una sustancia negruzca y viscosa (¡puaj!, ya lo advertimos) que sus seguidores denominan «aceite de zombi». Un líquido difícil de bombear sin un corazón que lata y un sistema arterial en condiciones. Claro que si están muertos, para qué quieren todo esto…

Su carne debería oler muy mal. Dado que no poseen actividad metabólica, el cuerpo muerto debería entrar en descomposición. Lugar ideal para insectos (moscas, escarabajos) y microorganismos necrófagos. Recuerden la utilidad de estos animalillos para datar un cadáver por expertos como el Dr. Grissom de la serie forense CSI. Producen sustancias malolientes de nombre harto elocuente como la putrescina o la cadaverina, típicas de la materia muerta. Así, la manera fácil de detectar un zombi sería por su mal olor. En ninguna película se hace una mínima referencia a ello.

Están desconectados de su sistema nervioso central, excepto para mantener la actividad motora que les permite moverse. Esto justificaría por qué no sienten dolor y pueden pasearse con media cara destrozada o el brazo colgando… Pero no tiene ninguna base creíble que un miembro amputado, como una mano o un brazo o, incluso, la cabeza, posea vida propia una vez separado de su propietario (como la mano del filme *Terroríficamente muertos* [Raimi, 1987]). Visualmente espectacular, pero ficticio.

Por otro lado, no está claro cómo, con un cerebro dañado o bajo mínimos, el zombi es capaz de reconocer lugares cotidianos (como esas catedrales del consumo, los supermercados, por donde les gusta deambular), orientarse y tener comportamientos rutinarios (pasear por las calles, por ejemplo). Acostumbran a aparecen en grupo, pero no tienen conciencia de ello y no actúan de forma organizada. Se ignoran entre sí, aunque se disputen con violencia los pedazos de sus víctimas.

Nótese que no poseen más fuerza que el humano original. Pero tienen, eso sí, una resistencia increíble. Como no padecen el dolor, continúan con su acción hasta que los músculos se estropean. Son persistentes y «cansinos». Y, por supuesto, la carne humana fresca no es su combustible. Puesto que el sistema digestivo no les funciona, no pueden digerirla. Muerden por morder.

Guía de supervivencia (o casi) zombi

Los filmes de zombis constituyen un amplio muestrario de métodos para defenderse de esa plaga. ¿Cómo matar de manera eficiente a los muertos, a esos «caminantes» (por utilizar el acertado eufemismo con el que se los denomina en la exitosa serie *The Walking Dead* [Darabont, 2010-Presente])? «Existen muchas maneras de matar a un humano. Solo una de matar a un zombi» (Brooks, 2008): debe destruirse, como sea, su cerebro. En *Zombieland* se aventuran incluso a dar una serie de reglas: «¿Por qué estoy vivo si todos los que me rodean se han convertido en carne? Es gracias a mi lista de reglas».[27] Revisemos algunas:

> «*Regla n.º* 1 para sobrevivir en Zombieland: cuando el virus atacó, *los primeros en caer, por razones obvias, fueron los gordos*». Evidente: cuanta más masa se posee, más energía se necesita para desplazarla de un lugar a otro. Si la energía a nuestra disposición es limitada, tenemos un grave problema. Es el momento de adelgazar. No más excusas.
>
> «*Regla n.º* 4: poneros los cinturones de seguridad». Cuando un vehículo frena en seco, la primera ley de Newton (ley de la inercia) establece que el viajero seguirá con la velocidad del vehículo si nada lo retiene. Aterrizar en medio de la calle, tras traspasar el parabrisas, maltrecho y rodeado de zombis no es una situación deseable.
>
> «*Regla n.º* 7: viaja ligero». Se sigue de la regla n.º 1. Siempre recomendable.

27 1' 10".

«*Regla n.º* 22: por tu vida asegura la salida». Un ripio que da muchos quebraderos de cabeza si no se cumple al pie de la letra.

Nuestra única ventaja es que no son inteligentes. Y se supone que los humanos, sí. Una ironía que la única manera de acabar con estos seres sin cerebro sea destrozárselo. No es fácil: el cerebro está alojado en el cráneo y el cráneo humano es una de las superficies más duras y perdurables de la naturaleza.

Golpear directamente la cabeza del zombi para fracturarla con un objeto contundente, martillo (si fuese el de Thor, aún), porra o bate, requiere de una fuerza extraordinaria para asestar un golpe certero y definitivo. No habrá más oportunidades para propinar más golpes. Además, este método exige primero situarse cerca del zombi. Según recomienda Brooks en su *Guía de supervivencia* (2008), debe evitarse siempre el combate cuerpo a cuerpo. Mejor salir por piernas: la agilidad y velocidad de un humano, dada la lentitud y torpeza del zombi, es la mejor defensa.



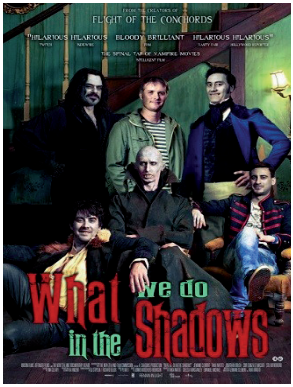


Figura 9. Zombis y vampiros de nueva hornada: *Zombieland* (Fleischer, 2009) y *Lo que hacemos en las sombras* (Clement y Waititi, 2014).

Objetos afilados como cuchillos y destornilladores pueden resultar efectivos si se consiguen introducir hasta el cerebro zombi (vía la órbita ocular, por ejemplo. Método ampliamente utilizado por Rick Grimes y los supervivientes de *The Walking Dead*). Un hacha resulta difícil de utilizar para cortar de cuajo una cabeza en movimiento. El uso de una lanza o una espada (caso de tener alguna disponible en casa) depende de la fuerza y habilidad del usuario. Estas armas adolecen también del problema de la

corta distancia a la que uno debe colocarse para emplearlas. Las flechas de arcos y ballestas son una buena solución si uno tiene buena puntería y es capaz de cargar, apuntar y lanzar deprisa. Y, si no, que le pregunten al colega de Rick, el curtido Daryl Dixon, un as de la ballesta.

La siempre espectacular motosierra resulta demasiado pesada para llevarla de un lado a otro (si uno no es *Leatherface*, claro). El ruido, además, puede alertar y ser un reclamo para el resto de zombis («la cena está servida»). Requiere combustible o suministro eléctrico, no siempre disponible en un apocalipsis zombi.

El empleo de armas de fuego es el método más extendido. A tenor de lo que muestran los filmes, quien más quien menos tiene algún arma en casa. La ametralladora resulta un desperdicio contra un ataque zombi. El objetivo, recuérdese, es la cabeza. Se requiere una lluvia de plomo cuantiosa para acertar, fortuitamente, en la cabeza. Las balas pueden partir trozos del zombi… que se convierten, a su vez, en un peligro. Donde había un zombi, ahora tenemos un conjunto de fragmentos zombis. El fusil o la escopeta, con los cartuchos necesarios, es un elemento pesado. Y poco preciso si uno dispara corriendo. Los tiros con pistola, icono cultural estadounidense, tienen una posibilidad de acierto baja dada la pequeñez y movilidad del blanco (la cabeza del zombi).

Las granadas y explosivos, que matan por el impacto de la metralla arrojada contra los órganos vitales de una persona, son poco eficaces en el caso de un zombi por las bajas posibilidades de acertar directamente en la cabeza. El fuego, por último, es un método útil para huir. Pero nada más: los zombis no le tienen miedo. Como a la carne le cuesta un tiempo quemarse, se convierten en antorchas caminantes hasta consumirse completamente.

Los métodos pasivos ante el ataque zombi tampoco son recomendables. Embutirse en una armadura medieval (si no es la de *Iron Man*, no sirve), dejando aparte su pesadez y mal aislamiento térmico, puede proteger de la mordedura directa, pero no de la fractura consecuente de huesos. Y el resistente chaleco antibalas deja al descubierto las extremidades. El único consejo válido: «La mejor protección contra el mordisco de un zombi: la distancia». Ante un enemigo implacable, poner tierra de por medio sigue siendo la única opción. Llámenme cobarde.

Una de las últimas aportaciones al tema es *Guerra Mundial Z* (Forster, 2013), donde la cuenta atrás para la extinción de la humanidad ha comenzado: «Una pandemia que está acabando con ejércitos y gobiernos

y amenaza con diezmar a toda la humanidad».[28] Dada la extraordinaria movilidad de los zombis, ni correr resulta, en este caso, una estrategia útil.

Sangre y cerebros: coexistencia entre humanos y zombis

Desde el punto de vista de defensa personal, lo expuesto en el apartado anterior es todo lo que puede hacerse. Como especie, ¿cuál sería la mejor estrategia frente a un ataque o apocalipsis, por usar la terminología habitual, zombi? O, dicho de otra forma, ¿es posible la coexistencia, aunque no sea pacífica, entre humanos y zombis? Mientras con un vampiro puede dialogarse, con un zombi, está claro que no.

Un enfoque novedoso en la investigación de la propagación de las enfermedades infecciosas ha sido planteado por Munz, *et alii* (2009). Se trata de un modelo de la infección zombi algo más complicado que los propuestos para caracterizar las enfermedades infecciosas y que conduce a una coexistencia imposible: los zombis acaban por infectar a todo el mundo.

No hay mejora significativa aunque se introduzca en el modelo un periodo latente de infección, es decir, un tiempo determinado entre la mordedura del zombi y la conversión (unas 24 horas según Brooks, 2008). Algo bastante realista y que tanto juego da en los argumentos cinematográficos y en las series televisivas: cuando el personaje en cuestión se gana la estima del espectador va y resulta infectado. La *zombificación* no es inmediata y el personaje alargará su ineludible conversión el tiempo que el guionista considere oportuno. La coexistencia entre humanos y zombis sigue siendo imposible: los zombis infectan a todos los humanos, la especie humana se extingue y aquellos campan a sus anchas. A diferencia de los vampiros, no tienen a los humanos como presas, así que continúan (no) viviendo aun cuando estos han desaparecido.

La cuarentena es otra de las tácticas a las que se recurre en la ficción (también en la realidad de las enfermedades altamente infecciosas). Es el aislamiento de los infectados para evitar el riesgo de extensión del virus zombi. En el filme *28 días después* (Boyle, 2002) hacer caso omiso de la cuarentena es la causa de la extensión de un peligroso virus, variante del de la rabia, inoculado en los primates que son liberados por activistas pro derechos de los animales de un laboratorio secreto, pese a las advertencias

28 Web oficial del filme Guerra mundial Z: <http://www.guerramundialz.es>.

de una asustado científico. Resulta irónico que ellos sean los primeros en verse infectados por los animales rescatados.

La contención de los zombis depende de forma crítica de la cuarentena. Si esta es agresiva, podría llegarse a erradicar la infección zombi. Pese a todo, y sin tener en cuenta las dificultades prácticas de mantener áreas e instalaciones en cuarentena efectiva, el efecto de esta variable en el modelo inicial es poco significativo. Tan solo se consigue retrasar temporalmente la erradicación de la especie humana.

Supongamos ahora que se encuentra una cura para la zombificación y un método de producción rápido del medicamento o tratamiento que permite retornar al zombi a su estado humano. Algo similar al verdoso antivirus del *virus-T* (de color azul, para no confundirse) producido en el laboratorio ultrasecreto de la corporación Umbrella, en la saga *Resident Evil* (Anderson, 2002-Presente). La cura no produce inmunidad y el humano retornado puede volverse a convertir en zombi si es nuevamente mordido.

En este caso, son cuatro las especies en juego. Además de los humanos (susceptibles de ser infectados) y los zombis (humanos infectados y convertidos), deben considerarse los humanos infectados y aún no convertidos y los retornados tras ser tratados con el antivirus. La coexistencia es posible: los humanos no son eliminados, pero solo sobrevive una población pequeña.

Para controlar la población zombi mediante, claro está, su destrucción, solo ataques agresivos, continuados y rápidos pueden prevenir el apocalipsis zombi y evitar la erradicación de la especie humana de la faz de la Tierra. En las condiciones adecuadas, podría conseguirse la exterminación de los zombis tras 10 días de ataques coordinados e impulsivos. Ante el brote zombi, debe actuarse de forma rápida y contundente si se quiere erradicar… antes de que ellos nos exterminen.

Mientras que una cuarentena agresiva puede sofocar la epidemia o una cura segura conducir a un cierto equilibrio entre las poblaciones humana y zombi, la vía más efectiva para contener el auge de los no muertos es «golpear con fuerza y a menudo». Como bien muestran la mayoría de los filmes de esta temática, resulta imperativo que los zombis sean tratados de manera rápida y contundente si no se desea tener graves problemas.

A modo de conclusión

Una lectura superficial de lo expuesto podría inducirnos a pensar que, para que la tecnociencia salga bien parada en un filme, es necesario renunciar a la imaginación, convirtiendo así la obra en aburrida y poco comercial. Nada de eso. Veamos un contraejemplo. La exitosa serie televisiva *CSI: Crime Scene Investigation* (Zuiker, 2000-Presente) recrea el trabajo cotidiano del equipo de investigadores forenses, adjunto al departamento de policía de Las Vegas, comandado por Gil Grissom. Su misión es esclarecer los casos de asesinato y muerte violenta que se suceden sin tregua en la ciudad de los casinos. La originalidad de la serie radica, precisamente, en mostrar el trabajo de equipo: tras realizar un completo estudio en el lugar de los hechos, encuentran las evidencias y pruebas base para la reconstrucción científica del delito. El microscopio electrónico, el espectrógrafo de masas, las pruebas de ADN o el guante de látex son aliados tan importantes, si no más, como la intuición del investigador. La aproximación multidisciplinar al problema, la observación, elaboración de hipótesis y su contraste experimental son los elementos que conforman el método científico. Algo que dicha serie retrata de forma realista sin renunciar al puro entretenimiento. Se trata de una de las escasas series donde el método científico juega un papel preponderante y el oficio de científico rompe con algunos de los clichés con los que acostumbra a asociarse en la ficción.

El cine requiere concesiones y la complicidad del espectador para narrar una historia. Pero el entretenimiento no está (no debería estar) reñido con el rigor. Pese al vapuleo que la tecnociencia sufre, el séptimo arte es una magnífica herramienta para su divulgación y para la reflexión sobre esta, además de proporcionar ideas innovadoras y orientaciones novedosas. La sala de proyección no es solo un lugar de ocio, sino el sitio donde, con la visión inteligente de un filme, podemos ejercitar el espíritu crítico y escéptico, componentes inherentes al método científico. Algo tan imprescindible en los tiempos que corren.

Filmografía

Anderson, P. W. A. (2002-Presente) *Resident Evil*. Reino Unido, Alemania, Francia, Estados Unidos. (TV Series).

Arnold, J. (1957) *El increíble hombre menguante*. Estados Unidos.

Balagueró, J. (2007-2014), [REC]. España.

Ball, A. (2008-2014) *True Blood*. Estados Unidos. (TV Series).

Bekmambetov, T. (2012). *Abraham Lincoln: cazador de vampiros*. Estados Unidos.

Boyle, D. (2002) *28 días después.* Reino Unido.

Carpenter, J. (1992) *Memorias de un hombre invisible*. Estados Unidos, Francia.

Clement, J. y Waititi, T. (2014) *Lo que hacemos en las sombras*. Nueva Zelanda, Estados Unidos.

Cooper, M. C. y Schoedsack, E. B. (1933) *King Kong*. Estados Unidos.

Corman, R. (1963) *El hombre con rayos X*. Estados Unidos.

Crain, W. (1972) *Drácula Negro*. Estados Unidos.

Darabont, F. (2010-Presente) *The Walking Dead*. Estados Unidos.

Del Toro, G. (2002) *Blade 2*. Estados Unidos, Alemania.

Forster, M. (2013) *Guerra Mundial Z*. Estados Unidos, Malta.

Halperin, V. (1932) *La legión de los hombres sin alma*. Estados Unidos.

Fleischer, R. (1966) *Viaje alucinante*. Estados Unidos.

— (2009) *Bienvenidos a Zombieland*. Estados Unidos.

González Iñárritu, A. (2003) *21 gramos*. Estados Unidos.

Gordon, B. I. (1957) *El gigante ataca*. Estados Unidos.

Hardwicke, C. (2008-Presente) *Crepúsculo*. Estados Unidos. (TV Series).

Herzog, W. (1979) *Nosferatu, vampiro de la noche*. Alemania, Francia.

Ibáñez, G. (2014) *Autómata*. Bulgaria, Estados Unidos, España, Canadá.

Juran, N. (1958) *El ataque de la mujer de 50 pies*. Estados Unidos. B/N, 65 min.

Lee, A. (2003) *Hulk*. Estados Unidos.

Murnau, F. W. (1922) *Nosferatu el vampiro.* Alemania, B/N, 94 min.

Naïm, J. (2004) *La memoria de los muertos*. Estados Unidos, Canadá, Alemania.

Norrington, S. (1998) *Blade*. Estados Unidos.

Polanski, R. (1967) *El baile de los vampiros*. Estados Unidos, Reino Unido.

Raimi, S. (1987) *Terroríficamente muertos*. Estados Unidos.

Romero, G. A. (1968) *La noche de los muertos vivientes*. Estados Unidos, B/N, 96 min.

Searle Dawley, J. (1910) *Frankenstein.* Estados Unidos, B/N, Silent, 16 min.

Story, T. (2005) *Los 4 Fantásticos*. Estados Unidos, Alemania.

Susama, K. (2005) *Aeon Flux.* Estados Unidos.

Tourneur, J. (1943) *Yo anduve con un zombi*. Estados Unidos. B/N, 69 min.

Verhoeven, P. (1990) *Desafí*o total. Estados Unidos.

— (2000) *El hombre sin sombra*. Estados Unidos, Alemania.

Whale, J. (1931) *El doctor Frankenstein*. Estados Unidos, B/N, 70 min.

— (1933). *El hombre invisible*. Estados Unidos, B/N, 71 min.

Whedon, J. (1997-2003). *Buffy, cazavampiros*. Estados Unidos. (TV Series).

Young, J. (1914) *Without a Soul* . Estados Unidos, B/N, Silent, 66 min.

Zuiker, A. E. (2000-Presente) *CSI: Crime Scene Investigation.* Estados Unidos, Canadá. (TV Series).

Bibliografía

Aguilar, C. (1997) *Guía del video-cine* (6.ª ed.). Madrid: Cátedra.

Ardanuy, J. (2009) *Los vampiros ¡Vaya Timo!* Barcelona: Laetoli.

Asimov, I. (1966) *Fantastic Voyage.* New York: Bantam.

Brooks, M. (2003) *The Zombie Survival Guide: Complete Protection from the Living Dead.* New York: Three Rivers Press

Efthimiou, C. J. y Ghandi, S. (2007) «Cinema Fiction vs Physics Reality. Ghosts, Vampires and Zombies». *Skeptical Inquirer*, 31 (4) <http://www.csicop.org/si/show/cinema_fiction_vs._physics_reality/>. Consultado el 2 de mayo de 2015.

Hardy, P. (1995) *The Aurum Film Encyclopedia*. London: Aurum Press.

Harris, C. (2001-Presente) *Shoutern Vampire Mysteries (Sookie Stackhouse).* New York: Ace Books.

Hartl, R. F. y Mehlmann, A. (1982) «The Transylvanian Problem of Renewable Resources», *RAIRO.* 16 (4). 379-390.

José, J. y Moreno, M. (1998a, 29 de octubre) «Los rayos X acabarían con los personajes de *Desafío total*». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

— (1998b, 17 de diciembre) «El precio que debe pagar el hombre invisible de Wells es quedarse ciego». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

— (1999ª, 3 de junio) «Para despeñarse, cuanto más pequeño mucho mejor». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

— (1999b, 17 de diciembre) «El hombre con rayos X en los ojos». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

— (2000, 5 de octubre) «El hombre que perdió algo más que su sombra es detectable fácilmente». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

— (2004, 26 de febrero) «¿Cuánto pesa el alma?». *Ciberp@ís, El País*, p. 12.

Kaplan, M. (2012) *Medusa's Gaze and Vampire's Bite. The Science of Monsters.* New York: Simon and Schuster.

King, S. (1975) *Salem's Lot*. New York: Doubleday & Company.

Kostova, E. (2005) *The Historian*. New York: Little, Brown and Company.

Lane, N. (2003) «Porfirina, la enfermedad de los vampiros». *Investigación y Ciencia*, 318: 9.

Lee, S. y Kirby, J. (1961, Noviembre) *The Fantastic Four* #1, New York: Marvel Comics.

— (1962, Mayo) *The Incredible Hulk* #1, New York: Marvel Comics.

Macdougall, D. (1907) «The Soul: Hypothesis Concerning Soul Substance Together with Experimental Evidence of The Existence of Such Substance». *American Medicine*, Vol. II (4): 240-43.

Martínez, A. N. (2010) «La vampirización del mito vampírico. Del conde Drácula a Crepúsculo». En Losada, J. M. (Coord.) *Mito y mundo contemporáneo: la recepción de los mitos antiguos, medievales y modernos en la literatura contemporánea* Bari, Levante Editori, pp. 124-160.

Meyer, S. (2005-Presente) *Twilight*. New York: Little, Brown and Company.

Moreno, M. y José, J. (1999) *De King Kong a Einstein. La física en la ciencia ficción.* Barcelona: Edicions UPC.

Moreno, M. (2002) «El rayo que no cesa: l'electromagnetisme a la literatura i el cinema». En Font-Agustí, J. (Coord.) *Entre la por i l'esperança. Percepció de la tecnociència, en la literatura i el cinema*, Proa, Barcelona, p. 153-178.

— (2005) «Cine y ciencia». *Revista Eidon*, 8-29: 102-112.

— (2007) «Gigantes, mutantes y seres electrizados: ciencia y ficción». En Talleres Cinematográficos *Historia, Cine y Medicina. XIV Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina,* UAB, Barcelona, 22-27 de enero, 2007.

— (2008) «Electromagnetisme i cinema: de *El Hotel Eléctrico* (1908) a *Frankenstein* (1931)». En *IX Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, Girona, pp. 263-271: <http://futur.upc.edu/2581011>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

— (2011) «ComRàdio», *Extraradi*, Sección: *Ciència i cinema: Zombieland* Emisión 16-2-10: <http://comradioblocs.com/extraradi/category/seccions/ciencia-amb-manuel-moreno/>. Consultado el 2 de mayo de 2015.

— (2013) «Superhéroes, vampiros y zombis: ciencia y cine». *Making of Cuadernos de cine y educación*, 100: 35-45: <http://www.centrocp.com/superheroes-vampiros-y-zombis-ciencia-y-cine/>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Moreno, M.; Barceló, M. y Alier, M. (2014) *Tecnociència i Ciència-ficció: de King Kong a Einstein*, MOOC (en preparación): <http://www.ucatx.cat/courses/UPC/E15/2015/about>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Munz, P.; Hudea, I.; Imad, J. y Smith, R. J. (2009) «When Zombies Attack! Mathemathical Modelling of an Outbreak of Zombie Infection». En Tchuenche, J. M. (Coord.) *Infectious Disease Modelling Research Progress* Nova Science Publishers, Otawa, pp. 133-150: <http://mysite.science.uottawa.ca/rsmith43/zombies.pdf>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Neocleous, M. (2003) «The Political Economy of the Dead: Marx's Vampires». *History of Political Thought*, XXIV (4): 668-684: <http://gretl.ecn.wfu.edu/~cottrell/OPE/archive/0604/att-0138/01-PoliticalEconOfTheDead.pdf>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Palacios, S. L. (2011) *Einstein versus Predator (Ma Non Troppo).* Barcelona: Ediciones Robinbook.

Parker, E. N. (2006) «Blindajes espaciales». *Investigación y Ciencia*, 356: 16.

Sabadell, M. Á. (2009, marzo) «La ciencia frente a los zombies». *Muy Interesante*, 334.

Sejdinovic, D. (2008, noviembre) «Mathematics of the Human-Vampire Conflict». *Math Horizons,* 14: <http://www.stats.ox.ac.uk/~sejdinov/Horizons.pdf>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Stoker, B. (1897) *Dracula.* UK: Archibald Constable and Co.

Strielkowski, W.; Lisin, E. y Welkins, E. (2012) «Intertemporal Model of Co-Existence of Two Rival Species: A Case of Vampires and Humans Co-Habitation». *Modern Economy*, 3: 826: <https://www.econbiz.de/Record/intertemporal-model-of-co-existence-of-two-rival-species-a-case-of-vampires-and-humans-co-habitation-strielkowski-wadim/10010201992>. Consultado el 3 de septiembre de 2015.

— (2013) «How to Stop a Vampiric Infection? Using Mathematical Modeling to Fight Infectious Diseases». *Applied Mathematical Sciences* 7 (84): 4195: <http://www.m-hikari.com/ams/ams-2013/ams-81-84-2013/strielkowskiAMS81-84-2013.pdf>. Consultado el 5 de septiembre de 2015.

Thaler, A. D. (2009, octubre) «Blood and Brains. Can vampires survive a zombie apocalypse?», *Southern Fried Science*, 30: <http://www.southernfriedscience.com/?p=2528>.

The New York Times (1907) «Soul Has Weight». *Physician Thinks*, 11 (3): 5.

Thuillier, P. (1990) «De Frankenstein à Mister Crosses: les mythes de l'électrobiologie». *La Recherche*, 226: 1374.

Wells, H. G. (1879) *The Invisible Man: A Grotesque Romance*. New York: Bartleby.

Wollstonecraft Shelley, M. (1818) *Frankenstein; or, The Modern Prometheus*. UK: Lackington.

CINE Y PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN: DOCUMENTALES MÉDICO-COLONIALES DE LA POSGUERRA ESPAÑOLA (1946-1949)[1]

Carlos Tabernero Holgado
Centre d'Història de la Ciència–Unitat d'Història de la Medicina
Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona
carlos.tabernero@uab.cat

Resumen: Este estudio pretende contribuir al entendimiento, desde un punto de vista histórico, del papel que juega el cine en los procesos de popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología. El punto de partida es la consideración de la medicina y del cine como conjuntos multidimensionales de prácticas y discursos de carácter científico-tecnológico. Además, en tanto que formas complejas de acción e interacción cotidiana entre personas, colectivos e instituciones, la medicina y el cine juegan un papel básico en los procesos de construcción y funcionamiento de las sociedades contemporáneas. El estudio aborda el análisis de la representación y articulación de las prácticas y los discursos médico-sanitarios en el cine documental colonial español del primer franquismo, es decir, en el caso particular de los procesos de construcción y legitimación del régimen. El objetivo, a partir de este caso concreto, es aportar algunas claves explicativas sobre las múltiples relaciones entre diferentes colectivos (expertos y no-expertos, a muy diferentes niveles) en cuanto a la naturaleza y el grado de intervención en los procesos de generación y gestión de conocimiento científico-tecnológico. Como resultado, el cine se revela como un espacio no sólo de evasión y entretenimiento, sino también de ciencia y educación, donde la capacidad de definir y solucionar problemas coti-

1 Esta investigación se ha realizado en el ámbito de los proyectos HAR2009-13389-C03-01 y HAR2009-13389-C03-03 del Ministerio de Ciencia e Innovación. Por otra parte, no habría sido posible sin el apoyo y la generosidad de muchas personas, pero especialmente de Jorge Molero Mesa, investigador principal de los proyectos citados, Trinidad del Río, de la Filmoteca Española, y Pere Ortín, de *We Are Here! Films*.

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 169–207. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

dianos de la población, y por tanto, su impacto en la construcción de la arquitectura social, ideológica, económica, política y cultural de las sociedades contemporáneas, se fundamenta en la combinación de sus aspectos como espectáculo narrativo y científico-tecnológico

Palabras clave: popularización de la ciencia, medicina y tecnología; perspectiva histórica; proceso de medicalización; cine documental español; régimen franquista

Abstract: The aim of this study is to contribute, from a historical perspective, to the understanding of the role of film in processes of popularization of science, medicine and technology. The starting point is the conception of medicine and film as multidimensional sets of scientific-technological practices and discourses. Also, medicine and film, as complex forms of everyday action and interaction between people, groups and institutions, play a basic role in the processes of construction and operation of contemporary societies. This study tackles the representation and articulation of health-medical discourses and practices in Spanish colonial documentary films produced during the early years of Franco's regime, that is, as related to processes of construction and legitimation of the regime. The goal, through this case study, is to put forward some explanatory keys about the complex interactions between different groups (experts and non-experts, at many different levels) concerning the nature and degree of involvement in processes of generation and management of scientific-technological knowledge. As a result, cinema emerges as not only a space for escape and entertainment, but also for science and education, where its capability to define and solve people's everyday problems, and thus, its impact in the construction of the social, ideological, economic, political and cultural structure of contemporary societies, is based upon the combination of its traits as narrative and scientific-technological spectacle.

Keywords: processes of popularization of science, medicine and technology; historical perspective; Spanish documentary films; medicalization processes; the Franco regime

Introducción

Tal y como muestra este libro, hay un interés creciente en explorar el papel de las prácticas y discursos mediáticos y científico-tecnológicos, particularmente cuando son utilizados conjuntamente, en la construcción de las sociedades en las que vivimos. En este capítulo se pretende, en concreto, contribuir al entendimiento, desde un punto de vista histórico, del papel que juega el cine en los procesos de divulgación y popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología. Mediante el análisis de la representación y articulación de las prácticas y los discursos médico-sanitarios en el cine documental colonial español de la posguerra, se explora tanto el impacto del cine en los mecanismos de producción y gestión de conocimiento científico-técnico y médico-sanitario, como el uso específico de estos discursos (cinematográfico y científico-médico) con unos intereses muy definidos en un contexto social, político y cultural determinado. En este sentido, el análisis de la producción cinematográfica documental de la primera década del franquismo proporciona puntos de referencia claves en cuanto a la elaboración y utilización de discursos realizados desde el poder (totalitario o no) con la intención de establecer, mantener y aumentar su hegemonía.

El punto de partida es la consideración de la conjunción de los discursos cinematográfico y médico-sanitario como una herramienta crucial, por eficaz y oportuna, en el proceso de construcción, legitimación y consolidación del régimen franquista. Con esta premisa, se han analizado cinco documentales producidos por Hermic Films, de contenido específicamente médico-colonial, tres de ellos (*Los enfermos de Mikomeseng, Fiebre amarilla* y *Médicos coloniales*) realizados en Guinea Ecuatorial en el año 1946 por Manuel Hernández Sanjuán (1915-2007) como parte de un encargo del director general de Marruecos y Colonias, el general José Díaz de Villegas Bustamante, al propio Manuel Hernández Sanjuán, a la sazón cofundador de la productora; y otros dos (*Enfermos en Ben-Karrich* y *Médicos en Marruecos*) realizados en Marruecos en el año 1949 por Santos Núñez, que también colaboró significativamente como guionista en la realización de los documentales en Guinea, como se verá más adelante. Estos cinco documentales añaden un tercer discurso de gran importancia estratégica en el contexto de construcción y legitimación del régimen franquista, el colonial-imperial, que, más allá de características específicas

asociadas al régimen, viene a subrayar la trascendencia de los otros dos discursos (cinematográfico y médico-sanitario), en tanto que elaborados y utilizados desde el poder en un contexto de construcción de un tipo específico de sociedad (totalitaria) en el mundo contemporáneo.

Para empezar, se sitúa brevemente el contexto de producción y exhibición de los documentales. En la primera década tras la Guerra Civil, la (re)construcción social, económica y administrativa se desarrolló en paralelo a un meticuloso proceso de legitimación y consolidación del régimen franquista, obligado en esos primeros años, y sobre todo a raíz del desenlace de la Segunda Guerra Mundial, a una gestión política, económica y cultural autárquica. Sobre este contexto, se aportan coordenadas esenciales para el análisis en relación con la producción cinematográfica en los primeros años del franquismo; con la situación, la política y la gestión médico-sanitaria en el contexto de la España de la posguerra, y con la situación, la política y la gestión colonial del régimen.

Posteriormente, se detalla el marco teórico sobre el que se sustenta este estudio y al que pretende contribuir en relación con las líneas básicas de argumentación, prestando especial atención a la situación del cine en general, y del cine documental en particular. A este respecto, cabe destacar tres ejes principales y claramente relacionados sobre los que se articula el análisis: en primer lugar, los debates que se vienen desarrollando en las últimas dos décadas en los campos de la historia y la sociología de la ciencia con respecto al papel de los procesos de popularización de conocimiento científico-médico-tecnológico en la dinámica de su producción y gestión en el marco de la construcción de las sociedades contemporáneas. En segundo lugar, el estudio también se nutre de los debates que del mismo modo se vienen desarrollando en las últimas décadas del siglo pasado en los campos de los estudios de los medios, de la teoría de la comunicación (y también, en particular, y significativamente para los objetivos de este trabajo, de la teoría del cine) y de la teoría social con respecto al papel trascendental de los medios de comunicación de masas precisamente, también, en la construcción de las sociedades contemporáneas.

Todos estos debates giran en torno a las relaciones de poder entre distintos colectivos (expertos y no expertos) implicados en la generación y gestión tanto de conocimiento científico-médico-tecnológico como de contenido simbólico de todo tipo. Por ello, en tercer lugar, este estudio también tiene en cuenta las investigaciones provenientes de los estudios

culturales y de la antropología y la teoría social sobre dinámicas de inclusión-exclusión social, profesional, política y/o cultural. En este sentido, se presta especial atención a los procesos de (des)medicalización, es decir, de elaboración y uso de prácticas y discursos médico-sanitarios relacionados con dinámicas de definición, clasificación, racionalización y disciplinamiento de grupos humanos concretos (por ejemplo, en relación con la clase social, la raza o el género) en términos de desigualdad.

Por último, se aborda el análisis propiamente dicho de los cinco documentales que conforman el estudio de caso: primero se detallan los contextos de producción y exhibición, para después explorar las características de la articulación de los tres discursos implicados (cinematográfico-documental, médico-sanitario, colonial-imperial). De acuerdo con el marco teórico desarrollado, la consideración del cine y de la medicina como espacios científico-tecnológicos, es decir, como contextos en los que las personas pueden experimentar la ciencia y la tecnología como parte integrante y esencial de sus vidas cotidianas, permite explorar el uso de estos discursos y prácticas en la España de la posguerra en función de las necesidades del régimen en relación con la articulación efectiva y oportuna de una organización social y un control estatal específicos. En este sentido, el análisis se centra en las características e implicaciones del uso de estos espacios como fuente de definiciones concretas de problemas cotidianos y de soluciones inmediatas a estos, en función del «contacto» que permiten entre los estamentos de poder (los pocos expertos) que generan y controlan las prácticas y discursos implicados y sus teóricos beneficiarios (la gran «masa» de no expertos).

Necesidad y oportunidad: cine, medicina e imperio en la España de la posguerra (1939-1950)

Una vez terminada la fase rigurosamente bélica de la Guerra Civil en España, las fuerzas vencedoras se enfrentaban al reto del establecimiento y la consolidación del nuevo régimen. La tarea de reconstrucción de un territorio sumido en el caos resultante de tres años de dura contienda comportaba unas líneas de actuación coordinadas tanto desde el punto de vista de la reconstrucción social, económica y administrativa necesaria para la supervivencia inmediata, como desde la perspectiva de la legitimación política, ideológica y cultural de los vencedores. Este complejo proceso

desembocó en una articulación autárquica del régimen en sus primeros años, en función, entre otros aspectos, de la combinación de los siguientes factores: en primer lugar, la estructuración de un sistema esencialmente paternalista, en el que la supervivencia del régimen se identificaba con la de su caudillo, cuya autoridad personal se convirtió en el eje de la estrategia política, ideológica y social del régimen; en segundo lugar, el difícil equilibrio necesario para asentar el nuevo orden mediante la eliminación de todo vestigio del periodo republicano y el consiguiente sometimiento de cualquier rastro de disidencia en un contexto de lucha de poder entre diferentes familias políticas, sociales, económicas e ideológicas que aspiraban a formar parte de los estamentos de control, y, en tercer lugar, el aislamiento del régimen en el contexto internacional asociado a la progresiva derrota de los regímenes europeos afines en el curso de la Guerra Mundial y a su condición «neutral» (Preston, 1994; Jiménez Lucena, *et alii*, 2002; Monterde, 2004; Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005; Tabernero, 2008; Tabernero, *et alii*, 2012, 2015).

El ejercicio combinado de construcción, consolidación y legitimación del régimen requería un eficaz adoctrinamiento de una población aislada que se enfrentaba a una complicada perspectiva de supervivencia en la que predominaba no solo la represión política practicada por la dictadura, sino también el hambre, la enfermedad y la muerte como consecuencia de la precaria situación social y económica (Molero Mesa, 1994, 2001; Jiménez Lucena, 1994; Del Cura y Huertas, 2007). Este adoctrinamiento necesitaba de la articulación de un discurso que permitiera simultáneamente, por un lado, el establecimiento de un mecanismo eficaz de justificación de un régimen de corte paternalista y acomodaticio, a un tiempo represor y benefactor, y, por otro, una conveniente descontextualización histórica del curso de los acontecimientos, de forma que se omitiera cualquier signo de continuidad con el periodo republicano, además de ofrecer una posibilidad de evasión a una población abrumada por problemas muy reales. En este sentido, se pretendían generar «modos de atemporalidad y esencialismo [como] herramientas eficaces de construcción de una identidad nacional española alejada tanto del pasado como del resto del mundo», y basada en la construcción del proyecto político del nacional-sindicalismo (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005: 395; Jiménez Lucena, *et alii*, 2002). Con este objetivo, la estructuración de la gestión de conocimiento se organizó explícitamente, de un modo lógico y oportuno en ese contexto, en forma de flujo de información estrictamente unidireccional,

vertical, «de uno a muchos», enfocada «a obtener determinadas actitudes de adhesión política a las fuerzas gobernantes y sometimiento y obediencia a los expertos» (Jiménez Lucena, *et alii*, 2002: 203; Tabernero, *et alii*, 2008, 2009; 2012; 2015).

Así, de entre las diversas herramientas adoctrinadoras a disposición del nuevo régimen, resultó sustancialmente útil para sus objetivos el uso combinado de dos tipos de discursos: por un lado, el científico-tecnológico y médico-sanitario y, por otro, el de los medios de comunicación de masas, particularmente el cine. En primer lugar, la propaganda higiénico-sanitaria se utilizó, al igual que en otros contextos no necesariamente relacionados con estructuras sociopolíticas totalitarias, no solo como «actividad […] de índole informativa», sino como «instrumento político que los diferentes grupos sociales y regímenes utilizan para difundir su modelo de sociedad» y que, en función de su carácter supuestamente científico, creaba imágenes de la realidad para beneficio de los gobernantes con el objetivo principal de «[e]nseñarles cómo vivir, a la población en general, [mediante la difusión de] comportamientos sociales y políticos [y] actitudes y valores determinados» (Jiménez Lucena, *et alii*, 2002: 203).

En segundo lugar, tal y como se desprende del proceso de reconstitución del aparato cinematográfico y de definición de una política cinematográfica concreta y fundamentada en la articulación simultánea de medidas coercitivas e impulsoras de la industria, el nuevo régimen era perfectamente consciente del impacto potencial del cine como una herramienta especialmente efectiva de «aculturación» (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005: 393; Monterde, 2004):

> El Estado Español empieza a interesarse por el cinema. La España de Franco y de la Falange, con su estilo imperial, ya ha recogido las leales advertencias de todos aquellos que nos quieren en el mundo, que son los más; de los que admiran lo nuestro por su majestuosa grandiosidad, y se dispone a rectificar lo que en tantos años de desgobierno democrático-liberal se ha descuidado de forma imperdonable […] ¡Alegrémonos sinceramente de ello! (Méndez Leite von Haffe, 1941. Citado en Taibo [2002]: 23-24).

Para el régimen, el cine podía jugar un papel crucial en la educación de amplias capas de la población con respecto a muy diferentes aspectos de interés estratégico, en tanto que medio de comunicación de masas, «como agente de la historia» con una notable capacidad para influir «en la configuración política y cultural de las sociedades» (Jiménez Lucena, *et*

alii, 2002:203; Kirby, 2008, 2010; Jiménez Lucena, 2011; Tabernero y Perdiguero, 2011; Tabernero, *et alii*, 2012), y teniendo en cuenta, además, que «era la forma de entretenimiento más popular en la España de la posguerra» (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005: 394). En concreto, y en relación con el discurso médico-sanitario, el cine constituye una importante fuente de imágenes sobre la medicina y sus profesionales, es decir, de los expertos del discurso higiénico-sanitario, así como de todos los actores y factores, a nivel individual, social e institucional, que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, y que en conjunto «se integra[n] en la vida cotidiana y en la percepción de la propia sociedad».

En este sentido, el cine de ficción producido por la industria cinematográfica española del momento, en tanto que ocupa un espacio particularmente moralizador, utilizó ocasionalmente la metáfora médico-sanitaria de la enfermedad social, de carácter político e ideológico, para representar la contraposición entre la moral y el comportamiento definidos según las reglas del nuevo régimen, frente a la condición «enferma» del periodo republicano. Dos ejemplos explícitos en este sentido son *Boda en el infierno* (Román, 1942) y *Rojo y negro* (Arévalo, 1942). Sin embargo, el cine documental, tanto en su forma más condensada en los reducidos segmentos del *NO-DO*, como en sus versiones más extensas y elaboradas (*Revista Imágenes*), constituía un medio primordial del régimen para generar representaciones específicas del mundo, en tanto que efectiva herramienta monopolizadora de la información en función de las características de exclusividad y obligatoriedad de su distribución y exhibición (Pronay y Spring, 1982; Elwood, 1987; Rodríguez Tranche y Sánchez Biosca, 2001; Monterde, 2004; Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005; Ramírez Martínez, 2006; Matud Juristo, 2008). El cine documental, producido en muchas ocasiones con el patrocinio y la colaboración de diversas entidades oficiales, se utilizaba explícitamente «como medio educativo y de propaganda» (Benítez Franco, 1950: 250), aprovechando sus características técnicas, narrativas y argumentativas, que conllevan una reproducción «fiel» de la realidad, que se muestra así de un modo «objetivo» y simplificado, para informar, formar y entretener a un tiempo a una gran cantidad de público:

> También se hizo imprescindible desarrollar una producción de documentales al servicio de nuestros organismos de propaganda *que reflejen de modo exacto, artístico y con una técnica perfecta*, los diferentes aspectos de la vida de nuestra Patria y *que, del modo más ameno y eficaz posible, eduquen e instruyan*

> *a nuestro pueblo*, convenzan de su error a los aún posiblemente equivocados y muestren al extranjero las maravillas de España, el progreso de nuestra industria, nuestras riquezas naturales, los descubrimientos de nuestra ciencia y, en fin, el resurgir de nuestra Patria en todos sus aspectos impulsados por el nuevo Estado (*Reglamento para la organización y funcionamiento de la entidad productora, editora y distribuidora cinematográfica de carácter oficial NO-DO*, Preámbulo, párrafo 1.º; Madrid, 29 de septiembre de 1942. Citado en Matud Juristo [2008]: 107-108, énfasis añadido).

En este sentido, el cine documental permitió incorporar y explotar las convenciones de un discurso científico-médico-tecnológico más tradicionalmente positivista, desde el punto de vista del uso de la descripción de «espectaculares» avances en estos campos, así como del «heroísmo y abnegación» de sus profesionales, como fuente de certeza, cohesión y poder.

Pero, además de los discursos cinematográfico y médico-sanitario, los documentales analizados en este estudio aportan un tercer discurso esencial para la construcción, legitimación y consolidación del régimen, especialmente en su periodo autárquico: el colonial-imperial. De hecho, en este sentido, el componente específicamente científico-tecnológico asociado a los discursos médico-sanitario y cinematográfico funciona como fuente de certeza, cohesión y poder en combinación con los componentes administrativos militar y religioso asociados a la empresa colonial y fundamentales para el régimen. La retórica imperial-colonial del franquismo, sobre todo en esta primera etapa, amplifica las posibilidades de simplificación y descontextualización de estos discursos, esenciales para el régimen, como se ha mencionado anteriormente, pero significativamente en relación con las prácticas y discursos médico-sanitarios, en cuanto a su función para encuadrar social y moralmente la población.[2]

2 Jiménez Lucena, *et alii*, 2002: 204; Seale, 2004; Friedman, 2004; Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005; Ostherr, 2010, 2013; Tabernero, 2011; Tabernero, *et alii*, 2012, 2015.

Ver Elena, 1995, 1996, 1997, 2001a, 2001b, 2004, 2007; Martín Corrales, 2002; Molero Mesa, *et alii*, 2002; Fígares, 2003; Ferro, 2005; Ortín y Pereiró, 2006; Jiménez Lucena, 2006; Molero Mesa, 2006.

Poder, educación y vida cotidiana: medios de comunicación de masas y gestión de conocimiento científico-médico-tecnológico

En un sentido amplio, este estudio aborda las relaciones entre dos tipos de discursos y prácticas (cine y medicina) que son constituyentes esenciales de las sociedades en las que vivimos. Partimos de la consideración de la medicina moderna como un conjunto de prácticas y discursos en torno a los procesos de salud y enfermedad sobre los que se estructuran desde las relaciones a nivel personal entre médicos y pacientes, hasta la construcción de los sistemas sanitarios y políticas de salud pública. También consideramos a los medios de comunicación de masas, y el cine, en particular, como un conjunto de prácticas y discursos a través de los cuales se generan y difunden a gran escala representaciones e interpretaciones de los valores, proyectos, preocupaciones y expectativas de cada comunidad. De acuerdo con estas premisas, tanto la medicina como los medios de comunicación son cruciales en la articulación no solo del entramado simbólico con el que se construye y sostiene la vida social, económica, política y cultural, sino también su organización espacial y temporal. Ambos conjuntos de prácticas y discursos están, por tanto, intrínsecamente vinculados con la construcción y el desarrollo de las sociedades contemporáneas a lo largo de los dos últimos siglos. Pero es más, una de las características de estas sociedades en las que vivimos es precisamente el hecho de que las prácticas y discursos relacionados tanto con la medicina como con los medios de comunicación de masas son una parte integral y constitutiva de la vida cotidiana de las personas, tanto a nivel individual como desde el punto de vista de la organización social e institucional de las distintas comunidades (Aronowitz, 1988; Wear, 1992; Thompson, 1995; Tabernero, *et alii*, 2012, 2013).

La consideración de la medicina y de los medios de comunicación de masas, en un sentido deliberadamente amplio, como conjuntos de prácticas y discursos conlleva un reconocimiento explícito de la relación, en ambos casos, con múltiples formas de acción e interacción cotidiana entre personas, colectivos e instituciones, así como con mecanismos de generación, circulación y gestión de conocimiento que juegan un papel básico precisamente en los procesos de construcción y en el funcionamiento de las sociedades contemporáneas. En este contexto, teniendo en cuenta que una característica fundamental que comparten ambos tipos de discursos y prácticas es su componente científico-

tecnológico, resulta a todas luces necesario prestar especial atención a los mecanismos de generación y gestión de este tipo de conocimiento si se quiere profundizar en el entendimiento de su impacto en la vida cotidiana de las personas, a nivel individual y colectivo. De hecho, para comprender mejor la empresa adoctrinadora del primer franquismo, en particular por lo que se refiere a la medicina y el cine, es necesario examinar los mecanismos de construcción y validación de la autoridad científica y del conocimiento asociado. Los objetivos, las estrategias y el alcance de la transmisión (institucional) de conocimiento experto tecnocientífico a los no expertos constituyen una pieza clave para el establecimiento de las relaciones (sociales e institucionales) de poder que vertebran las sociedades fundamentalmente tecnológicas en las que vivimos. Y es más, la gestión del conocimiento tecnocientífico juega también un papel esencial en la dinámica general de otorgamiento de autoridad y responsabilidad en las sociedades contemporáneas (Collins, 1987; Curran, *et alii*, 1987; Bijker, *et alii*, 1987; Penley y Ross, 1991; Irwin y Wynne, 1996; Utterson, 2005; Tabernero, 2006; Topham, 2009; Nieto Galán, 2011; Tabernero, *et alii*, 2012; Boon, 2014; Florensa, *et alii*, 2014).

A este respecto, cabe destacar que, sobre todo a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y especialmente en la última década de ese siglo y la primera del XXI, se vienen desarrollando debates en el seno de muy diversas disciplinas cuyo telón de fondo es el cuestionamiento de concepciones tradicionales de dinámicas de construcción y formas de organización a nivel social, económico, político y cultural en torno a flujos unidireccionales y desiguales de información o circulación de conocimiento. En este sentido, los estudios sobre popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología se concentran en identificar y caracterizar la diversidad y multiplicidad de aportaciones desde el punto de vista epistemológico que juegan un papel esencial en la construcción y gestión de conocimiento científico-médico-tecnológico, considerando a los no expertos como elementos esenciales y plenamente activos en estos procesos (Cooter y Pumphrey, 1994; Bensaude-Vincent, 1997; 2001; Secord, 2004; Papanelopoulou, *et alii*, 2009; Nieto Galán, 2011; Horst y Michael, 2011; Tabernero, *et alii*, 2013, 2015; Florens, *et alii*, 2014). Partiendo de la base de que «el consumo cultural es también producción cultural» (Cooter y Pumfrey, 1994: 249; Chartier, 1988), se llega a la propuesta de considerar todo el proceso de generación, gestión y aplicación de conocimiento científico-médico-tecnológico como un «acto comunicativo» en el que se considera tanto a los diversos actores que in-

tervienen en todos los pasos necesarios para la generación y viabilidad de los discursos, como a los instrumentos utilizados en los procesos de producción y circulación de estos discursos, y los espacios en los que se desarrollan todas las prácticas implicadas (Secord, 2004: 665-666).

Sin entrar en este momento a discutir las críticas que suscita en el seno de estos mismos debates (Bensaude-Vincent, 2009; Topham, 2009), por ejemplo, en torno al significado y el valor analítico de los términos utilizados, esta propuesta tiene la virtud de incorporar las prácticas comunicativas en un sentido amplio como recurso analítico de la historia de la ciencia. De este modo, se permite la ampliación de su perspectiva en relación con el estudio de la construcción y circulación de conocimiento científico-médico-tecnológico hacia las rutinas de la vida cotidiana (incluyendo también, naturalmente, los contextos educativos), donde la gran masa de no expertos puede ejercer su agencia epistemológica, más allá de espacios específicos de producción de este tipo de conocimiento (asociados fundamentalmente a empresas e instituciones de carácter médico-sanitario y científico-tecnológico). Por otra parte, introduce también el componente simbólico que, intrínsecamente relacionado con el desarrollo de los medios de comunicación de masas, y en el contexto de prácticas comunicativas consideradas tanto a nivel personal como institucional, permite integrar un enfoque esencial en torno a cuestiones de acceso (en términos de disponibilidad, adquisición y desarrollo de las competencias conceptuales y técnicas necesarias) y, por tanto, de dinámicas de poder que son fundamentales a la hora de abordar las características de producción y circulación de los discursos científico-médico-tecnológicos dentro de los propios procesos de construcción, legitimación y consolidación de los modelos organizativos de las sociedades contemporáneas.

Así, teniendo en cuenta la importancia de los medios de comunicación de masas en los procesos de popularización de conocimiento científico-médico-tecnológico, el desarrollo actual de la teoría de la comunicación también aporta una serie de herramientas analíticas esenciales para esta investigación. El punto de partida es la consideración de que «el uso de los medios de comunicación de masas implica la creación [en constante renovación] de formas de acción e interacción en la vida social», a nivel individual y colectivo, personal e institucional, al tiempo que «transforma la organización espacial y temporal» de las comunidades humanas, generando y modificando los «modos de ejercicio del poder» en el seno de las sociedades contemporáneas, a nivel simbólico, naturalmente, pero

sin olvidar los componentes tecnológico e institucional implícitos en estos procesos (Thompson, 1995: 3-4, 12-43).

En este sentido, no solo se tienen en cuenta todos los actores, herramientas, plataformas y servicios implicados (instituciones, audiencias, dispositivos técnicos, así como el carácter comercial de la disponibilidad pública de contenido simbólico), sino también, significativamente, los espacios en los que se desarrollan los procesos comunicativos en su conjunto. De este modo, se confirma la necesidad de prestar atención de un modo particular a las características del papel que juegan los medios de comunicación de masas en la vida cotidiana de las personas, en tanto que su misma apropiación (como dispositivos tecnológicos y en relación con el contenido simbólico propiamente dicho) es «un proceso activo [y] creativo […] de reflexión y auto-reflexión […] situado en el espacio y en el tiempo» (Thompson, 1995: 41-43; Bausinger, 1980; Silverstone, 1994; Dickinson *et alii*, 2001; Lin, 2003; Couldry, 2003, 2009). Teniendo esto en cuenta, los usuarios de los medios y sus hábitos de uso en relación con la organización espacial y temporal de la vida cotidiana se convierten definitivamente en el foco principal de atención en la investigación al respecto. Así, se hace necesario superar la comparación, en todo caso fructífera, entre lo que se ha denominado un «planteamiento de lectura» (es decir, centrado en procesos de recepción, por mucho que se tengan en cuenta distintos niveles de agencia epistemológica por parte de las audiencias) y un «planteamiento de escritura» (es decir, centrado en la intervención por parte de las personas en procesos de producción cultural), para centrarse en «lo que las personas hacen […] *en relación con los medios*» (Roig, *et alii*, 2009: 90-91, énfasis en el original; Couldry, 2004; Rakow, 1999). En consecuencia, en el campo de los estudios de los medios se está desarrollando un enfoque en torno a la consideración de los medios de comunicación de masas no solo como textos o estructuras de producción, sino como práctica (Couldry, 2004; Bräuchler y Postill, 2010; Schatzki, *et alii*, 2001; Turner, 1993), considerando, como se ha mencionado anteriormente, todos los factores que intervienen en la apropiación cotidiana y complementaria tanto de los dispositivos tecnológicos como del contenido simbólico. Este enfoque resulta particularmente relevante en los estudios sobre popularización de la ciencia por la amplitud y aparente simplicidad de la pregunta inicial que propone: «¿Qué está *haciendo* la gente en relación con los medios en muy diferentes situaciones y contextos?» (Couldry, 2004: 119, énfasis en el original). Esta pregunta conduce a la exploración de los contextos

cotidianos (rutinarios, domésticos, sociales) de apropiación de medios de comunicación. Por un lado, constituyen un referente estructural (espacial y temporal) tanto para la vida social inmediata, a nivel individual, como para la construcción y proyección estable a largo plazo de las comunidades humanas (Giddens, 1984, 1991; Beck, 1999). Y, por otro, son lugares en los que las prácticas comunicativas (mediáticas) son de hecho prácticas de generación y gestión de conocimiento (De Certeau, 1984; Collins, 1993; Thompson, 1995; Gardiner, 2000; Chaney, 2002; Seale, 2004; Couldry, 2004; Tabernero, *et alii*, 2013), en particular científico-tecnológico, no solo en referencia a contenidos simbólicos específicos, sino también, y complementariamente, por el carácter tecnológico de los dispositivos utilizados. Es decir, la consideración de los medios como prácticas en este sentido amplio ofrece un punto de referencia esencial para desarrollar la propuesta de los estudios sobre popularización de la ciencia de explorar el desarrollo y la circulación de conocimiento científico-médico-tecnológico como un acto comunicativo en un sentido igualmente amplio.

Este marco teórico permite abordar las prácticas comunicativas mediadas por la tecnología y, por tanto, también, los procesos de generación, circulación y gestión de conocimiento científico-tecnológico considerados como prácticas comunicativas, desde la perspectiva de las relaciones de poder en un contexto que tiende a estar saturado de medios de comunicación, y en el que la acciones realizadas en torno suyo «no se limitan estrictamente a la producción, el consumo directo y la circulación» de contenido simbólico, en tanto que «las reglas relativas a los medios de comunicación vienen incorporadas» a nivel práctico, social y cultural, en la vida cotidiana, «los recursos mediáticos forman parte de la infraestructura de muchos tipos de actividades», y algunos actores particularmente poderosos en el mundo de los medios de comunicación de masas «utilizan ese poder para alterar el espacio de acción en torno a ellos» (Couldry, 2009: 40-41). En este sentido, la vida cotidiana (en términos de prácticas, espacios de acción y rutinas) se entiende también como un contexto de desarrollo de prácticas culturales en el que «se proyectan innumerables tensiones y conflictos sociales», de manera que constituye, en consecuencia, un conjunto de espacios experienciales esenciales para investigar «la naturaleza cambiante de la autoridad en la cultura de los medios de comunicación de masas» (Couldry, 2003: 268-269, 2004; Martín-Barbero, 1993; Silverstone, 1994; Chaney, 2002).

De acuerdo con estos planteamientos, el problema de la educación relacionada con los procesos de popularización de la ciencia y con los medios de comunicación de masas puede abordarse bajo una óptica diferente. Por un lado, los espacios educativos propiamente dichos, en tanto que lugares de circulación a gran escala de conocimiento, pueden considerarse como medios de comunicación de masas (Thompson, 1995). Estos espacios también forman parte del entramado social y espacio-temporal de la vida cotidiana de las personas, donde todos los actores implicados (legisladores, profesores, alumnos, familias) participan en los procesos de validación de ese mismo conocimiento y de los sistemas de autoridad asociados. Por otro lado, el uso y consumo de medios de comunicación de masas puede entenderse como un conjunto de prácticas que repercute en la obtención y el desarrollo de competencias a nivel social, cultural y educativo, y, por tanto, en la manera que tienen las personas de comunicarse, consumir, trabajar, estudiar, colaborar y resolver problemas (Tabernero, *et alii*, 2009, 2010). Esta perspectiva implica que los medios de comunicación de masas definen de hecho espacios de aprendizaje informal (no reglado como institución educativa) en la vida cotidiana de las personas, o espacios de ciencia en el caso particular de los procesos de generación y gestión de conocimiento científico-médico-tecnológico (Apple y Apple, 1993; Long y Steinke, 1996). También permite cuestionar y matizar posiciones teóricas tradicionales en las que no se considera la participación activa de los usuarios y en las que, por tanto, o bien se opone la educación al entretenimiento y el espectáculo, o bien se identifican las capacidades educativas de los medios exclusivamente con técnicas de manipulación (Barthes, 1975; Mulvey, 1975; Fiske, 1994).

En este sentido, el concepto de «refeudalización de la esfera pública» (Habermas, 1989), en tanto que considera a los usuarios de medios de comunicación de masas como receptores pasivos de contenido simbólico, «cautivados por el espectáculo y fácilmente manipulables por técnicas mediáticas» (Thompson, 1995: 74), puede matizarse desde el punto de vista del modelo de comunicación participativo en términos de los procesos de inclusión-exclusión inherentes a la construcción de las comunidades humanas. Las prácticas comunicativas, es decir, las prácticas sociales relacionadas con la gestión del poder simbólico, consideradas como un componente básico desde el punto de vista de la experiencia y la representación del sistema social a nivel individual y colectivo, son un constituyente esencial en las dinámicas y lógicas de inclusión-exclusión (Luhmann,

1998; Bohn, 2009), en tanto que procesos multidimensionales (en los que intervienen componentes sociales, económicos, políticos y culturales) de interacción entre personas y colectivos a muy diferentes niveles.

La construcción de un «Estado ideal»: los documentales de Manuel Hernández Sanjuán y Santos Núñez

Los cinco documentales que se han analizado en este estudio fueron producidos por Hermic Films, compañía fundada por Manuel Hernández Sanjuán y Lamberto Micangeli en 1941 (Fígares, 2003; Ortín y Pereiró, 2006; Ortín, 2008). Tres de los documentales, en concreto *Médicos coloniales*, *Los enfermos de Mikomeseng* y *Fiebre amarilla*[3], fueron realizados en 1946 por el propio Manuel Hernández Sanjuán en Guinea Ecuatorial, como parte de un encargo del director general de Marruecos y Colonias, el general José Díaz de Villegas Bustamante, cuyo patrocinio se menciona en los títulos de crédito en todos los casos, y cuyo objetivo principal era la realización de «documentales sobre la colonia guineana, con el fin de dar a conocer en España la labor que se estaba haciendo» (Fígares, 2003: 234). El resultado del encargo fue una expedición cinematográfica a Guinea Ecuatorial que se desarrolló entre los años 1944 y 1946, y cuyo resultado fue la producción y realización de un total de 31 documentales, distribuidos en un total de siete series temáticas: *Riqueza forestal* (9 películas), *Etnología de los habitantes* (5 películas), *Fauna y fenómenos naturales* (3 películas), *Labor de los misioneros y educación* (3 películas), *Desarrollo y tecnología* (7 películas), *Exaltación militar* (1 película) y *Enfermedades y sanidad tropical* (4 películas),[4] (Fígares, 2003; Ortín y Pereiró, 2006), entre las que cabe destacar particularmente, con respecto a este estudio, la correspondiente a *Enfermedades y sanidad tropical*, a la que pertenecen los tres documentales mencionados. El equipo técnico de la expedición lo completaban Santos Núñez (comentario y guion), Segismundo Pérez de Pedro «Segis» (fotografía) y Luis Torreblanca (montaje).

Por lo que se refiere a la exhibición, nueve de los 31 documentales de la expedición de Hermic Films se presentaron «El 22 de mayo de 1946, a las siete de la tarde, en el Palacio de la Música de Madrid, en una sesión

3 Filmoteca Española. Números de referencia, respectivamente: A-7549, A-9584, A-7552.

4 Las tres incluidas en este estudio y además *Tse-Tse*, que no se ha podido localizar en el momento de la escritura de este capítulo.

patrocinada por la Dirección General de Marruecos y Colonias, con la asistencia del Director General, José Díaz de Villegas y numeroso público». Con respecto a su explotación posterior, «El material rodado en Guinea sirvió para muy diversos montajes, que se fueron exhibiendo en años sucesivos, incluso para servir de escenarios naturales a películas de ficción […] La buena calidad de la fotografía y la escasez de recursos dio larga vida a [este] trabajo» (Fígares, 2003: 236-244).

> La pena fue que luego, de algunos de ellos, solo se hizo el único pase público en España, en el Palacio de la Música de Madrid el 22 de mayo de 1946. Recuerdo que se invitó a autoridades y todo esto. Dijeron que tuvieron éxito, pero no se volvieron a ver nunca hasta dos años después en Tetuán, en Marruecos, cuando se hizo una proyección privada de algunos para el Alto Comisario de las Colonias, que era el general Varela. Algunos […] ganaron algún que otro premio, pero fue una pena que casi no se vieran en público. No sé muy bien qué pasó. [Tampoco] se vieron nunca [en Guinea…] en aquella época solo había un cine, nada más, en Santa Isabel. Creo recordar que un gobernador llevó un proyector y se proyectó alguno de manera privada para algunos blancos, pero nunca en público. (Entrevista a Manuel Hernández Sanjuán, en Ortín y Pereiró, 2006: 27, 35)[5].

Los otros dos documentales son *Enfermos en Ben-Karrich* y *Médicos en Marruecos*[6], realizados para Hermic Films en 1949 por Santos Núñez, el que fuera guionista de Hernández Sanjuán en Guinea, y son producto de la larga vinculación del equipo de Hermic Films con proyectos cinematográficos coloniales realizados tanto en Guinea como en Marruecos. En cuanto a su explotación, en este caso no se ha podido aún obtener información sobre su estreno, exhibición o uso posterior, ya sea como piezas únicas o como fuente de imágenes para diversos montajes, bien para el *NO-DO* o la *Revista Imágenes* (el formato y la duración, en torno a los 10 minutos, se corresponde con los documentales producidos para la *Revista Imágenes*), bien para producciones de ficción, como en el caso de los documentales realizados en Guinea (Fígares, 2003; Ortín y Pereiró, 2006).

5 No obstante, algunos documentales sí se proyectaron alguna vez en la metrópoli (véanse, por ejemplo: *ABC*, 18 de marzo de 1947: 24; y 21 de marzo de 1947: 18); y cabe la posibilidad también de que se proyectaran asimismo en la colonia, y en concreto para el público nativo (véase: *La Vanguardia Española*, 10 de agosto de 1946: 2).

6 Filmoteca Española. Números de referencia, respectivamente: A-9150, A-8820.

A pesar de la exhibición limitada del material rodado en Guinea, la recepción crítica indiscutiblemente favorable revela el interés del régimen en el cine como herramienta educativa. A este respecto, a propósito de la presentación del trabajo realizado en Guinea por el equipo de Hermic Films en 1946, se destacó el carácter «objetivo» y «educativo» del cine documental (frente al cine comercial de ficción), es decir, se hizo una consideración explícita del cine como espacio educativo de carácter científico-tecnológico, en particular por lo que respecta a las características específicas de este tipo de cine en cuanto a su realización y recepción: «Habituados en el *divertimento* fácil ante la pantalla a esas selvas sofisticadas de los estudios hollywoodienses, nos impresiona el realismo de estas imágenes desnudas y verdaderas, sin turbios amaños de laboratorio» (Soria, 1946; en Fígares, 2003: 244).

De hecho, en la misma presentación quedó bien clara la importancia del cine documental para el régimen como medio de instrucción («difundir») objetiva («reflejar») en el contexto de la retórica imperial-colonial del franquismo, de la mano de Ignacio Mateo, locutor de Radio Nacional, que en el intermedio, entre otros aspectos relacionados con Guinea, «ensalzó la importancia que tiene el cine aplicado a una empresa de orden cultural y patriótico, como es reflejar y difundir la fecunda obra civilizadora que efectúa España, fiel a su tradición, en esas tierras africanas» (*Primer Plano*, 1946; en Fígares, 2003: 244). En este sentido, Carlos Fernández Cuenca, director del Departamento de Cine de la Delegación Nacional de Propaganda, resaltaba en 1942 el interés del cine en la empresa colonial en relación, entre otros aspectos, con el papel de la ciencia, la medicina y la tecnología, prefigurando el resultado de la expedición de Hermic Films a Guinea:

> Todos los países con expansión colonial llevaron una y muchas veces a las pantallas del mundo el recuento de sus realidades o quizá de sus fantasías en los territorios alejados de la metrópoli. Solo falta en ese concierto la dulce melodía, toda verdad indiscutible, de la gesta nobilísima de esos grandes españoles —misioneros, funcionarios, maestros, hombres de ciencia- que proclamaron y proclaman por las tierras de África la religión de Cristo, las conquistas de la medicina, las esencias de la cultura, que el hombre necesita para vivir en su tiempo […] bien merece esta obra ser difundida en las pantallas, como las pantallas difundieron ya el heroísmo bélico que la hizo posible (*Primer Plano*, 1942; en Fígares, 2003: 234).

Según estos puntos de vista, es la combinación educación-entretenimiento, y no su oposición, la que se presenta como una herramienta de aculturación particularmente útil para el régimen, en este caso asociada a la épica del discurso colonial y a los mecanismos de popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología. El papel de estos discursos en los procesos de construcción, legitimación y consolidación del «nuevo Estado» se articula mediante su inclusión en la vida cotidiana de las personas a través de los medios de comunicación de masas, en concreto, en este caso, del cine. En este sentido, las siete series temáticas en las que se dividió el trabajo producido en Guinea no solo ilustran los aspectos específicamente socioculturales (religión y educación) y bélicos (exaltación militar) de la empresa colonial, sino también la importancia de su carácter científico-médico-tecnológico (desarrollo, tecnología, etnología, fauna, fenómenos naturales, riqueza forestal y enfermedades y sanidad tropical).

A este respecto, los cinco documentales cumplen eficazmente su triple función: por un lado, *informan*, en cuanto a la documentación de una realidad «lejana», si bien relacionada con el público, tanto en la metrópoli como en las colonias; por otro, *forman*, desde el punto de vista general (en las colonias, pero también en la metrópoli) de la organización sanitaria y las prácticas y comportamientos asociados; y por último, *entretienen*, en tanto que esa realidad lejana y problemática también es «exótica» y «heroica». La calidad fotográfica de los documentales y el uso de la música se combinan con habilidad para acentuar la función estrictamente informativa (el objeto fílmico como fuente primaria de imágenes sobre las colonias para el público de la metrópoli), sin olvidar el carácter aventurero y, por tanto, de entretenimiento desde el punto de vista narrativo, de la empresa colonial. No obstante, estas dos funciones se articulan en torno a la función específicamente educativa y formativa, para la cual resulta esencial, como se ha mencionado, la condición científico-tecnológica de los documentales, tanto en su forma como en su contenido médico-sanitario. Así, los documentales incorporan elementos estratégicos de descontextualización sociohistórica y racionalización tecnocientífica de grupos humanos, incluyendo la oportuna sustitución, desde el punto de vista sociopolítico, de la clase social por la raza (Jiménez Lucena, 1998; Medina Doménech, 2009).

Según este planteamiento, las prácticas y los discursos médico-sanitarios se representan y articulan en estos cinco documentales como una fuente esencial y heroica, pero también objetiva, práctica, y neutral, por

su carácter científico-tecnológico, de construcción y organización de unas sociedades específicas (coloniales) por parte del régimen franquista. El retrato de los problemas médico-sanitarios de los colonizados y las soluciones inmediatas ofrecidas por los colonizadores permiten la construcción efectiva de un prototipo diegético y performativo de sociedad ideal (Kirby, 2010; Jiménez Lucena, 2011) que implica, inevitablemente, su transferencia desde los contextos coloniales a la metrópoli de la posguerra. El orden social retratado en los documentales no solamente es viable y necesario desde una doble perspectiva sociopolítica y tecnocientífica, sino que también representa la realización de un ideal social, político y cultural a través de la cotidianeidad de las prácticas (médico-sanitarias) documentadas. El imperativo tecnocientífico de las empresas coloniales se encarga, a través de las imágenes en estos documentales, de definir los procesos de otorgamiento y reparto de autoridad y responsabilidad, de manera que se justifica la clasificación y racionalización de los grupos humanos implicados (Kusiak, 2010). Por otra parte, debido precisamente al contenido médico-sanitario, el análisis de las relaciones de poder en estos documentales, de las dinámicas de inclusión-exclusión que intervienen tanto en su realización como en los procesos que retratan implica la consideración de procesos de (des)medicalización y de su impacto en los mecanismos de estratificación social (Bohn, 2009; Ballard y Elston, 2005; Jiménez Lucena y Molero Mesa, 2011; Medina Doménech, 2009).

La retórica colonial en su conjunto, y la parte correspondiente a las prácticas y discursos médico-sanitarios en particular, funcionan como una metáfora de la construcción, legitimación y consolidación del propio régimen en la metrópoli, por un lado, mediante los diferentes juegos intertextuales con las producciones cinematográficas de la época, tanto los montajes destinados a los noticiarios de exhibición exclusiva y obligatoria (*NO-DO*), como por lo que respecta al cine de ficción; y por otro, precisamente también, a través de la condición científico-tecnológica y, por tanto, de nuevo, objetiva, práctica y neutral, de los documentales, que incide directamente, como se ha visto, en su función educativa y de aculturación.

Para empezar, el comentario de los documentales combina dos tipos de lenguaje: por un lado, técnico e «incomprensible», como la mención a la *colancoba* en *Los enfermos de Mikomeseng*;[7] el fragmento que docu-

7 3'05" a 3'54".

menta diversas técnicas de laboratorio en *Fiebre amarilla*;[8] la mención del neumotórax en *Enfermos en Ben Karrich*;[9] o la operación en *Médicos de Marruecos*;[10] y, por otro, coloquial y cotidiano, como la descripción de los *bacilos de Hansen* como «pequeños bastoncitos negros» en *Los enfermos de Mikomeseng*;[11] todo lo relacionado con técnicas de laboratorio en *Fiebre amarilla*;[12] o el uso de la expresión *la pantalla mágica* para referirse a los rayos X en *Enfermos en Ben Karrich.*[13] La combinación de estos dos tipos de lenguaje, por lo demás convencional, resulta, en este caso, en una narración que define una autoridad de carácter científico-técnico y neutral, pero también paternalista y benefactora, y significativamente cotidiana, tanto para los usuarios del sistema sanitario que pueblan la pantalla, como para los espectadores. La definición de esta autoridad es convenientemente identificable con la figura del dictador, al igual que ocurre con las noticias del *NO-DO* (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005). Camuflado por un carácter supuestamente informativo, el objetivo último del comentario es la glorificación (es decir, legitimación) del régimen, convenientemente descontextualizado social, política e históricamente.

La representación de los espacios, tecnologías y equipamientos médico-sanitarios responde a la sensación de «orden, fuerza y limpieza» que se quería asociar al nuevo Estado (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005: 395). Sin embargo, en este caso, los espacios y equipamientos no aparecen vacíos y estáticos, como ocurre en los segmentos del *NO-DO* en esa década. Los instrumentos funcionan y son manipulados por el personal sanitario y los espacios se retratan en pleno funcionamiento, a menudo abarrotados por pacientes que interaccionan aparentemente con normalidad con el personal sanitario. Estas imágenes constituyen un poderoso retrato de la fiabilidad del régimen como proveedor de soluciones para los problemas más acuciantes de las personas. De hecho, la representación de las prácticas médico-sanitarias desde el punto de vista de la relación directa médico-paciente ilustra la vertiente práctica de la actividad de los

8 4’04” a 8’36”.

9 5’41” a 6’54”.

10 4’58” a 6’48”.

11 4’14” a 4’24”.

12 4’04” a 8’36”.

13 4’22” a 4’50”.

expertos generadores y gestores de conocimiento científico-tecnológico en tanto que ofrecen soluciones inmediatas a los problemas cotidianos de los no expertos, cuya intervención en esos procesos es explícitamente «cautiva». Los pacientes se someten a diferentes pruebas y tratamientos en los documentales con total docilidad, siguiendo calladamente las instrucciones del personal médico-sanitario. El ejemplo más claro es la aplicación del neumotórax en *Enfermos en Ben Karrich*;[14] también cabe mencionar «el proceso de vacunación, que incluye la justificación de la protesta del niño» en *Fiebre amarilla.* [15]

Finalmente, en este contexto, la fuerza del discurso médico-sanitario, en tanto que «neutral» y «objetivo» en función de su carácter científico-tecnológico, se utiliza en combinación con los componentes político-administrativo, religioso, educativo y militar del discurso colonial, como herramienta de ilustración y justificación del encuadramiento social y moral de la población. La relación entre las autoridades (médico-sanitarias en este caso) y la población es de tutelaje (es decir, por tanto, en estas películas, de medicalización), si bien el comentario matiza la situación oportunamente en términos de «intercambio» justo, donde la función tutelar combina adecuadamente sus vertientes represora y benefactora, desde las perspectivas «espiritual y física», según los objetivos y necesidades del régimen:

> En buena ley, todo el que da tiene derecho a recibir; así, todo país que coloniza, bien por destino histórico, bien por necesidad de expansión vital, tiene legítimo derecho a beneficiarse de las riquezas naturales propias del país colonizado, y así puede, sin escrúpulos de conciencia […] Pero, precisamente por justa compensación, tiene el deber, ineludible, de proteger espiritual y físicamente al pueblo indígena que labora en su beneficio y contribuye, indudablemente, a su grandeza (Ramón Álvarez, 1949; en Fígares, 2003: 106).

A partir del modelo estrictamente vertical de gestión del conocimiento aplicado por el régimen franquista, los expertos, médicos y funcionarios, todos ellos hombres, blancos y españoles, ejercen su misión «tutelar, colonizadora, pero fraternal y repleta de sentido humano» (general Díaz de Villegas, África, 1944; en Fígares, 2003: 106), dando solución a los problemas cotidianos de los no expertos. En este sentido, los documentales

14 5'41" a 6'54".

15 7'22" a 8'07".

ilustran un espacio colonial idealizado (Memmi, 1991; Mignolo, 2000), donde los nativos (raza), los campesinos y trabajadores (clase social), y las mujeres (género) y niños se sitúan claramente al otro lado de la barrera de producción y gestión de conocimiento (en general, y científico-técnico, médico-sanitario en particular). Según las estrategias de medicalización aplicadas, los pacientes son mayoritariamente en todos los documentales hombres nativos. Sin olvidar su condición (racial) de colonizados, se les identifica oportunamente como trabajadores y campesinos que necesitan la ayuda de los expertos (colonizadores blancos). En este sentido, el discurso oculta cualquier atisbo de componentes socioeconómicos en la etiología de las enfermedades, contribuyendo, por un lado, a la descontextualización mencionada anteriormente, y subrayando, por otro, la función medicalizadora con respecto a la población colonizada. De esto modo, las personas (los pacientes nativos) pueden ser definidas, clasificadas y encuadradas socialmente según la teórica neutralidad y objetividad de las prácticas médico-sanitarias. Así, teniendo en cuenta que «La enfermedad retrocede ante el progreso de la higiene [y] permite la conquista de tierras inhóspitas» (*Fiebre amarilla*),[16] permitiendo el paso desde la «miseria e ignorancia de sus habitantes» al «magnífico nivel sanitario actual [debido al] esfuerzo que no debe quedar ignorado» (*Médicos coloniales*),[17] en el marco de una «obra social que debe ser conocida por españoles y marroquíes [es decir, nativos]», y que determina que «a la cabecera de un marroquí [nativo] enfermo hay siempre un médico español» (*Médicos de Marruecos*).[18] *Enfermos en Ben Karrich* ofrece un ejemplo claro de los aspectos señalados, cuando, al final de la película, un paciente marroquí es dado de alta por un médico español y el comentario establece que se trata de «un hombre marroquí que sabe lo que España ha hecho para salvarle» y recuperarlo para la lucha por la supervivencia, «la libertad y el trabajo cotidiano».[19]

En el colectivo de pacientes también entran mujeres nativas y españolas «unidas por la desgracia común», aunque afortunadamente «la enfermedad no hace distinciones», «la ciencia no tiene privilegios» y, por

16 11’02” a 11’11”.

17 1’34” a 1’56”.

18 6’59” a 7’58”.

19 8’59” a 9’33”.

tanto, estas mujeres (españolas y marroquíes), definidas en este caso exclusivamente en función del género, «confían en su destino con la misma fe» (*Enfermos en Ben Karrich*).[20] Este retrato conjunto de pacientes españoles y nativos solo ocurre en el caso de las películas rodadas en Marruecos, y nunca en el contexto de Guinea. Este hecho refleja las diferencias establecidas por la administración española con respecto a las dos colonias, donde la población marroquí, con sus necesidades e intereses, resulta «más cercana» a la española que la guineana (Medina Doménech, 2009). En este sentido, los niños, retratados también como un grupo particularmente vulnerable al que hay que cuidar de manera especial (Jiménez Lucena, *et alii*, 2002; Perdiguero, *et alii*, 2007), apenas si aparecen en las películas hechas en el Protectorado marroquí, donde se supone que están eventualmente bajo el cuidado de sus madres; sin embargo, en Guinea, son los expertos y funcionarios españoles los que se hacen cargo de los pequeños nativos, que son «separados de sus padres al nacer» para pasar al cuidado de monjas y médicos (*Los enfermos de Mikomeseng*).[21] En esta película se añade además el componente educativo controlado por el personal religioso, con el retrato de las aulas y de la «instrucción paciente y cariñosa» por parte de las religiosas, seguido por las imágenes del comedor, lo cual, en conjunto, resulta en un «fortalecimiento de cuerpos y almas».[22] En cambio, si los niños son españoles, permanecen inequívocamente en compañía de sus madres. En *Fiebre amarilla*, por ejemplo, el proceso de vacunación que se muestra separa a los hombres de las mujeres y niños, cuyas protestas se justifican, significativamente, por «la urgente imposición de la medicina».[23]

Una condición necesaria para mantener, justificar y legitimar este esquema científico-médico de estratificación social es el reclutamiento de «sujetos colonizados» como «productores de conocimiento europeo, aunque restringidos en su papel como personal *nativo* de asistencia técnica dentro del sistema dominado por europeos» (Kusiak, 2010: 874-875; énfasis en el original). De este modo, en los cinco documentales analizados se retrata a nativos a los que, en cierto sentido, se les ha permitido cruzar

20 7’13” a 7’49”.

21 8’23” a 9’37”.

22 8’23” a 9’37”.

23 7’52” a 8’28”.

la barrera de la producción y gestión de conocimiento médico-sanitario, si bien parcialmente, puesto que su «integración» es en forma de personal subalterno bajo la supervisión de los médicos y funcionarios españoles. Tal es el caso de los «enfermeros de su misma raza» en *Médicos de Marruecos*;[24] las «enfermeras musulmanas [que muestran] cariño y voluntad alegre» en *Enfermos en Ben Karrich*;[25] «la colaboración valiosa del personal indígena» en *Médicos coloniales*;[26] y el personal «elegido entre los menos afectados por el terrible mal» en *Los enfermos de Mikomeseng*.[27] Con respecto a las mujeres retratadas como personal subalterno, cabe mencionar a las monjas en *Los enfermos de Mikomeseng*;[28] las monjas y las enfermeras musulmanas en *Enfermos en Ben Karrich*;[29] las monjas en *Médicos coloniales*;[30] o las monjas y nativas en *Médicos de Marruecos*.[31] En este último caso, de manera excepcional, se puede ver a una técnico española y sin hábito manipulando un autoclave.[32]

Estos ejemplos muestran de una manera clara las estrategias de «inclusión excluyente» aplicada de acuerdo con el imperativo científico-técnico de la colonización al encuadramiento de grupos humanos y el diseño del «Estado ideal» que representan en este caso las colonias, y a nivel general el régimen franquista en sí mismo. En este sentido, los comentarios de los documentales contienen numerosas referencias a la excelencia y necesidad de la labor civilizadora española desde el punto de vista médico-higiénico-sanitario, acompañadas de imágenes sobre las instalaciones (hospitales, dispensarios, laboratorios), la tecnología utilizada y la organización general del sistema sanitario, y que sirven, en conjunto y entre otros aspectos, para alimentar la identificación de los espectadores con los procesos de construcción de lo que vendrían a ser unas sociedades modelo a partir de situaciones especialmente precarias. El ejemplo más

24 6'48" a 6'59".

25 4'36" a 5'10".

26 3'04" a 3'58".

27 4'59" a 5'25".

28 8'05" a 8'53".

29 3'03" a 3'27", y 4'36" a 5'10", respectivamente.

30 7'11" a 9'10".

31 2'10" a 2'25", y 4'58" a 6'48", respectivamente.

32 4'58" a 6'48".

claro es la película *Los enfermos de Mikomeseng*, donde, en el contexto de la visita del director jefe de los Servicios Sanitarios Coloniales, es decir, el Dr. D. Enrique Lalinde del Río, asesor científico en *Médicos coloniales*, se habla de un «modelo de organización en su género (sanidad colonial) contra la plaga bíblica de la lepra» con respecto a la construcción y gestión de la leprosería «como un Estado independiente», donde se combinan las competencias del personal médico con el militar y el religioso. La película se plantea, en este contexto, como un «homenaje a religiosas, médicos y compatriotas por su labor humanitaria».[33]

La transferencia de las estrategias de «inclusión-excluyente» desde el contexto colonial a la metrópoli

Teniendo en cuenta todas las técnicas y todos los aspectos argumentales y narrativos mencionados, se puede argumentar que estos documentales funcionaban simultáneamente de dos modos distintos, aunque complementarios, con respecto a las posibles audiencias en el contexto de la metrópoli. Se trata de un proceso de identificación cuando menos doble de los espectadores de la metrópoli con los diferentes personajes que aparecen en las películas. La primera identificación obvia es con los colonizadores y, por tanto, con la propia autoridad política, religiosa y militar, en tanto que españoles blancos claramente diferenciados de la población autóctona, superiores desde el punto de vista de la raza y del nivel de desarrollo, y cuya función, como ya se ha mencionado, era fundamentalmente tutelar. Sin duda, uno de los rasgos principales de la política colonial franquista es «el paternalismo hacia [los nativos], propio de una raza que se considera superior hacia pueblos inferiores» (Martínez Carreras, 1985; en Fígares, 2003: 104). El general Díaz de Villegas también explicaba la misión tutelar de los colonizadores españoles como «el amor con que una madre contempla al más pequeño de sus hijos, recordando a los mayores que ya se emanciparon, así contempla nuestra Patria sus posesiones en el continente vecino» (Ferrandis Torres, 1949; en Fígares, 2003: 105-106).

Sin embargo, esta primera identificación se diluye en el «distanciamiento» de la gran mayoría de los espectadores no expertos con los expertos médicos que generan y gestionan el conocimiento y las técnicas

33 1'13" a 2'09"; 5'26 a 8'03"; y 8'13" a 9'07", respectivamente.

necesarias precisamente para la construcción de esas sociedades modelo. A este «distanciamiento» contribuyen varios elementos relacionados con la realización, el montaje y el guion de los documentales. Por un lado, la adopción de un formato específicamente didáctico mediante el uso de diagramas y mapas animados, de técnicas microfotográficas, y de fotografías de médicos e investigadores reconocidos bien a modo de introducción, como contextualización o simplemente para ilustrar los procesos que se están describiendo. Cabe mencionar, por ejemplo, las fotos y los dibujos de bacilos en *Los enfermos de Mikomeseng*;[34] la introducción y el fragmento relacionado con técnicas de laboratorio en *Fiebre amarilla*;[35] la introducción en *Enfermos en Ben Karrich*;[36]o los mapas animados en *Médicos coloniales*[37] y en *Médicos de Marruecos.*[38] La descontextualización histórico-política desde el punto de vista nacionalista ya mencionada se hace particularmente patente en estos fragmentos de carácter didáctico. Los dos ejemplos más claros son la referencia a 1492 en *Fiebre amarilla*;[39] y la utilización de Santiago Ramón y Cajal y Jaime Ferrán en relación con la tuberculosis en los fragmentos especificados de *Enfermos en Ben Karrich.*[40] Por otro lado, la presentación de la ciencia y la tecnología implicadas como un espectáculo, en cuanto al papel y la aplicación de grandes avances científico-médico-tecnológicos, y como artículo de consumo cotidiano, de acuerdo con su utilidad, y a través de la combinación entre los elementos didácticos y de entretenimiento. Y por último, las referencias a «la abnegación, el sacrificio, el rigor y la excelencia» de los profesionales médicos, de modo que queda claro que la función tutelar y civilizadora, en manos de los expertos científico-médico-sanitarios, es necesariamente neutral, objetiva, eficaz y, además, benefactora, caritativa, protectora y pacificadora.

En este sentido, la segunda identificación de los espectadores de la metrópoli, paralela a la de los espectadores de la colonia, y simultánea con

34 4'14" a 4'24".

35 1'28" a 8'36".

36 1'00" a 3'35".

37 1'51" a 2'37".

38 2'24" a 2'55".

39 1'28".

40 1'00" a 3'35".

la primera, es con los pacientes, es decir, con los colonizados, trabajadores, campesinos, mujeres y niños, y se articula en términos de la proximidad «práctica» y cotidiana entre las preocupaciones sanitarias de colonos y colonizados, tanto con la fiebre amarilla, la tripanosomiasis y la lepra, enfermedades a las que se dedican los documentales de la serie *Enfermedades y sanidad tropical* realizada en Guinea, como con las mismas preocupaciones relacionadas con la situación sanitaria en la España de la posguerra, particularmente por lo que se refiere a la tuberculosis, enfermedad a la que se dedica especial atención en los documentales realizados en la colonia marroquí, más próxima geográfica, política y culturalmente a la metrópoli. Esta identificación de los espectadores de la metrópoli con los colonizados sitúa a la población española inequívocamente en el lugar de los tutelados con respecto a las autoridades políticas, religiosas y militares del régimen. Así, el discurso colonial relacionado con el tutelaje se puede interpretar en términos de su dimensión político-social con respecto a la población de la metrópoli. Por otra parte, esta identificación con el papel cautivo de los colonizados frente a las autoridades se refuerza mediante la propia práctica comunicativa de la experiencia cinematográfica, puesto que el cine es utilizado, como hemos visto, no solo como un espacio de entretenimiento y evasión, sin duda necesario en la difícil situación de la posguerra, sino también, significativamente y al mismo tiempo, como un espacio científico-tecnológico y educativo. Es en este sentido también donde el cine se convierte en un lugar de contacto entre expertos y no expertos, en este caso a nivel del adoctrinamiento planeado por las autoridades (políticas, militares, religiosas y científico-médico-sanitarias) del régimen con respecto a la población, y donde los primeros se presentan como los únicos capaces de ofrecer las soluciones inmediatas que requieren los problemas cotidianos de los segundos.

Este proceso de doble identificación articula la transferencia de las estrategias de «inclusión excluyente» desde el contexto colonial a la metrópoli, de acuerdo con las necesidades de construcción, consolidación y legitimación del régimen. Este proceso es un reflejo del doble papel que en este sentido juegan los propios cineastas. Las convenciones del lenguaje cinematográfico documental que sirven como garantía de veracidad, tanto desde el punto de vista colonial, como del componente específicamente médico-sanitario de estas películas, son producto de la experiencia personal de los cineastas sobre el terreno, lo cual los convierte de hecho en el primer público, en este caso concreto, de las prácticas y discursos médico-

sanitarios en el contexto colonial. La representación que nos ofrecen es, por tanto, una primera interpretación de estas prácticas y discursos, en tanto que construcción de significados al respecto por parte de personas (eso sí, profesionales del mundo del cine) que no están directamente implicadas en su generación y administración:

> Recuerdo incluso haber rodado en los laboratorios de los médicos coloniales que trabajaban con la fiebre amarilla. Hicimos primeros planos de un mosquito metido en una cajita que construimos con placa fotográfica que es de un vidrio perfecto y sin defectos. Era la única manera de tener al mosquito en foco y poderlo rodar bien.[41] Nos teníamos que inventar de todo para poder rodar bien porque allí no había casi nada. También rodamos una semana muy dura en la leprosería de Mikomeseng, en el interior de la Guinea continental. Allí, como en un poblado independiente, vivían más de 1500 leprosos guineanos y los médicos y religiosos que los atendían. Estaban organizados por tribus, clanes y familias, igual que en los poblados de la selva, e incluso tenían una moneda metálica especial para no utilizar el papel porque era más contagioso. Aquello fue bastante duro porque algunos sufrían mucho.[42]Sí, creo que rodamos de todo. La verdad es que vivimos todo tipo de situaciones en Guinea (Entrevista a Manuel Hernández Sanjuán, en Ortín y Pereiró, 2006: 27).

En esta misma entrevista, Hernández Sanjuán insiste repetidas veces en las dificultades que encontraron sobre el terreno, asociadas a la peligrosidad y precariedad del contexto colonial, enfatizando así, desde el punto de vista de la experiencia personal, la vertiente épica de la empresa colonial en su conjunto, y de la expedición de *Hermic Films* en particular.

La excepción, con respecto a la percepción de las actividades médico-sanitarias, podría ser Santos Núñez, por su condición de médico, y que de hecho ya había realizado documentales de carácter específicamente científico-médico, como *La circulación de la sangre* (1945), producida también por *Hermic Films*.[43] No obstante, en relación con las películas realizadas en Guinea, el caso es que «Las instalaciones médicas de Bata y Santa Isabel causaron una notable sorpresa en uno de los miembros del equipo, el guionista Santos Núñez, que también era médico. En sus textos de aquellos días habla de la gran calidad de los pabellones médicos y en

41 *Fiebre amarilla*, 4'04" a 6'59". En cuanto a los detalles sobre la leprosería de Mikomeseng, están todos fotografiados y/o comentados en *Los enfermos de Mikomeseng*.

42 Se refiere a *Los enfermos de Mikomeseng*.

43 Filmoteca Española, número de referencia: A-11389.

Santa Isabel queda sorprendido por un magnífico quirófano que garantiza la práctica quirúrgica en las más exigentes condiciones de instrumental y asepsia» (Ortín y Pereiró, 2006: 82, 184). Cabe señalar, a este respecto, la presencia de asesores científicos en dos de los documentales (*Fiebre amarilla* y *Médicos coloniales*), lo que sitúa a Santos Núñez también como espectador «exterior» de primera mano con respecto a la gestión sanitaria en Guinea. De hecho, la «sorpresa» de Santos Núñez bien se puede entender como una reacción a las condiciones inesperadamente positivas de las instalaciones sanitarias dentro del contexto de la administración colonial. Pero también podría deberse a las bajas expectativas generadas por la situación del mismo tipo de instalaciones en ese momento en la metrópoli. A pesar de esta ambigüedad, esta «sorpresa» sitúa a Santos Núñez de manera inequívoca en la posición de espectador fascinado. En consecuencia, el guion comentario escrito por el propio Santos Núñez se ajusta a una perspectiva justificadora según la cual «es justo reconocer a España una importantísima labor en la erradicación de endemias como la tripanosomiasis o la fiebre amarilla y en el control y reducción de otras como el paludismo o la lepra» (Ndongo Bidyogo, 1977; en Fígares, 2003: 111).

Como resultado, estos documentales responden perfectamente a los objetivos de construcción, justificación y legitimación del régimen, en este caso, mediante el uso de prácticas y discursos médico-sanitarios en contextos coloniales. Además, en términos de prácticas comunicativas (mediáticas), estas películas ofrecen simultáneamente información, educación (adoctrinamiento) y entretenimiento (evasión), tal y como deseaba la administración franquista, sobre todo en el difícil periodo autárquico de la posguerra. La sala de cine se convertía, así, en un espacio de ciencia articulado en torno al entretenimiento (y, por tanto, no basado en la oposición entre, precisamente, el entretenimiento y la educación), en el que las prácticas comunicativas (mediáticas) cotidianas de las personas quedaban eficientemente entrelazadas, a través del contenido médico-sanitario, con los objetivos sociales, políticos, morales e ideológicos del régimen. En conjunto, estos cinco documentales revelan cómo la combinación de los discursos cinematográfico, médico-sanitario y colonial-imperial sirvió de eficaz herramienta de aculturación, instrucción y propaganda, de acuerdo con las necesidades del régimen franquista en cuanto a la construcción, legitimación y consolidación del nuevo orden político y social. En este sentido, la subordinación de la población (trabajadores en general; mujeres, desde el punto de vista del género; y nativos de Marruecos y Guinea,

desde el punto de vista colonial) a los estamentos de poder se fundamenta en buena medida, si bien entre otros aspectos estructurales y doctrinales, en el componente científico-tecnológico de las prácticas y discursos médico-sanitarios, en función de su capacidad para definir y solucionar problemas urgentes y cotidianos asociados a la precaria situación de la España autárquica de la posguerra. Por otra parte, el componente científico-tecnológico opera al mismo tiempo a nivel de las prácticas y discursos cinematográficos, donde el cine se convierte en un espacio de ciencia y educación y, simultáneamente, de evasión y entretenimiento, albergando también, a través de sus aspectos narrativo y documental, la capacidad de definir y solucionar problemas cotidianos de la población. Esto, unido al componente colonial presente en los documentales, permitía presentar un encuadramiento de grupos humanos de forma aparentemente imparcial. Y así, en definitiva, el público del contexto metropolitano quedaba efectivamente incluido en los procesos de construcción y consolidación de la estructura sociopolítica del régimen, en tanto que «beneficiarios» de sus políticas. Pero también, al mismo tiempo, y de acuerdo con su obligada posición como espectadores pasivos, esta inclusión mantenía su necesaria exclusión de los procesos de producción, gestión y aplicación de conocimiento.

Filmografía

Arévalo, C. (1942) *Rojo y negro*. España.
Hernández Sanjuán, M. (1946) *Los enfermos de Mikomeseng*. España.
— (1946) *Fiebre amarilla*. España.
— (1946) Médicos coloniales. España
Núñez, S. (1945) *La circulación de la sangre*. España.
— (1949) *Enfermos en Ben-Karrich*. España.
— (1949) *Médicos en Marruecos*. España.
Román, A. (1942) *Boda en el infierno*. España.

Bibliografía

ABC, 18 de marzo de 1947: 24.
ABC, 21 de marzo de 1947: 18.
Apple, R. D. y Apple, M. W. (1993) «Screening Science». *Isis* 84(4): 750-754.
Aronowitz, S. (1988) *Science as Power. Discourse and Ideology in Modern Society*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
Ballard, K. y Elston, M. A. (2005) «Medicalisation: A Multi-dimensional Concept». *Social Theory and Health,* 3: 228-241.
Barthes, R. (1975) *The Pleasure of the Text*. New York: Hill & Wang.
Bausinger, H. (1980) «Media, Technology and Daily Life». *Media, Culture & Society,* 6(4): 343-352.
Beck, U. (1999) *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
Benítez Franco, B. (1950) *Tuberculosis. Estudio de la lucha contra esta enfermedad en España (1939-1949)*. Madrid: Patronato Nacional Antituberculoso.
Bensaude-Vincent, B. (1997) «In the name of science». En Krige, J. y Pestre, D. (Coords.) *Science in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers: 319-338.
— (2001) «A genealogy of the increasing gap between science and the public». *Public Understanding of Science,* 10: 99-113.
— (2009) «A Historical Perspective on Science and Its "Others"». *Isis,* 100(2): 359-368.

Bijker, W. E.; Hughes, T. P. y Pinch, T. (Coord.) (1987) *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Bohn, C. (2009) «Inclusion and exclusion: Theories and findings. From exclusion from the community to including exclusión». En Gestrich, A.; Raphael, L. y Uerlings, H. (Coord.) *Strangers and Poor People. Changing Patterns of Inclusion and Exclusion in Europe and the Mediterranean World from Classical Antiquity to the Present Day*. Frankfurt: Peter Lang: 35-54.

Boon, T. (2014) «Formal conventions in British science television, 1955-1965». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica,* 7: 51-69.

Bräuchler, B. y Postill, J. (2010) *Theorising Media and Practice*. Oxford/New York: Berghahn.

Chaney, D. (2002) *Cultural Change and Everyday Life*. New York: Palgrave.

Chartier, R. (1988) *Cultural history: Between practices and representations*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Collins, H. (1987) «Certainty and the public understanding of science: science on television». *Social Studies of Science,* 17(4): 689-713.

Collins, J. (1993) «Media Studies». *The Year's Work in Critical and Cultural Theory,* 3: 233-259.

Cooter, R. y Pumphrey, S. (1994) «Separate Spheres and Public places: Reflections on the History of Science popularisation and science in popular culture». *History of Science,* 32: 237-267.

Couldry, N. (2003) «Review Article: Everyday Life in Cultural Theory». *European Journal of Communication,* 18(2): 265-270.

— (2004) «Theorising Media as Practice». *Social Semiotics,* 14(2): 115-32.

— (2009) «My Media Studies: Thoughts from Nick Couldry». *Television & New Media,* 10(1): 40-42.

Curran, J.; Smith, A. y Wingate, P. (Coord.) (1987) *Impacts and Influences: Essays on Media Power in the Twentieth Century*. London: Methuen.

De Certeau, M. (1984) *The Practice of Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.

Del Cura, M. I. y Huertas, R. (2007) *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. Madrid, CSIC.

Dickinson, R.; Murcott, A.; Eldridge, J. y Leader, S. (2001) «Breakfast, Time and "Breakfast Time": Television, Food and the Organization of Consumption». *Television & New Media,* 2(3): 235-256.

Elena, A. (1995) «Cine para el Imperio: Pautas de exhibición en el Marruecos español (1939-1956)». En Pérez Perucha, J. (Coord.) *De Dalí a Hitchcock. Los caminos en el cine*, A Coruña: Centro Galego de Artes da Imaxe: 155-166.

— (1996) «Romancero Marroquí: africanismo y cine bajo el franquismo». *Secuencias*, 4: 83-118.

— (1997) «La llamada de África: una aproximación al cine colonial español». En Gubern, R. (Coord.) *Un siglo de cine español*. Madrid: Academia de las Artes y las Ciencias Cinematográficas de España, Cuadernos de la Academia, n.º 1, Octubre 1997.

— (2001a) «Spanish Colonial Cinema: Contours and Singularities». *Journal of Film Preservation* 63: 29-35.

— (2001b) «Cámaras al sol. Notas sobre le documental colonial en España». En Catalá, J. M.; Cerdán, J. y Torreiro, C. (Coord.) *Imagen, memoria y fascinación. Notas sobre el documental en España*. Madrid: Ocho y Medio.

— (2004) *Romancero marroquí: el cine africanista durante la Guerra Civil*. Madrid: Filmoteca Española.

— (Coord.) (2007) *Las mil y una noches del cine marroquí*. Madrid: T&B Editores.

Ellwood, S. M. (1987) «Spanish newsreels 1943-1973: The image of the Franco regime». *Historical Journal of Film, Radio and Television* 7: 225-238.

Ferrandis Torres, M. (1949) «La cultura, problema fundamental de la colonización». *Archivos del IDEA* 8: 36.

Ferro, M. (Coord.) (2005) *El libro negro del colonialismo. Siglos xvi al xxi: del exterminio al arrepentimiento*. Madrid: La Esfera de los Libros, S.L, cap. V: 725-913.

Fígares Romero de la Cruz, M. D. F. (2003) *La colonización del imaginario. Imágenes de África*. Granada: Universidad de Granada.

Fiske, J. (1994). *Media Matters: Everyday Culture and Political Change*. Minneapolis: University of Minnessota Press.

Florensa, C.; Hochadel, O. y Tabernero, C. (2014) «Science on television: audiences, markets and authority. Some conclusions». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica* 7: 127-136.

Friedman, L. D. (Coord.) (2004) *Cultural Sutures: Medicine and Media*. Durham, N.C.: Duke University Press.

Gardiner, M. (2000) *Critiques of Everyday Life*. London: Routledge.

GIDDENS, A. (1984) *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.

— (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

HABERMAS, J. (1989) *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Cambridge: Polity Press.

HORST, M. y MICHAEL, M. (2011) «On the shoulders of idiots: Re-thinking science communication as "event"». *Science as Culture,* 20(3), 283-306.

IRWIN, A. y WYNNE, B. (1996) *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology,* Cambridge: Cambridge University Press.

JIMÉNEZ LUCENA, I. (1994) «El tifus exantemático en la posguerra española (1939-1943): el uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del "Nuevo Estado"». *Dynamis* 14: 185-198.

— (1998) «Medicina social, racismo y discurso de la desigualdad en el primer franquismo». En R. HUERTAS, R. y ORTIZ, C. (Coord.) *Ciencia y Fascismo*. Madrid: Doce Calles: 111-126.

— (2006) «Género, sanidad y colonialidad: la "mujer marroquí" y la "mujer española" en la política sanitaria de España en Marruecos». *História Ciencias Saúde-Manguinhos* 13(2): 325-347.

— (2011) «Differences, paradoxes and exclusions regarding abortion». A possible interpretation of A Story of Women and Vera Drake. *Journal of Medicine and Movies* 7(2): 61-68.

JIMÉNEZ LUCENA, I.; RUIZ SOMAVILLA, M. J y CASTELLANOS GUERRERO, J. (2002) «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo». *Asclepio* LIV(1): 201-218.

JIMÉNEZ LUCENA, I. y MOLERO MESA, J. (2011) «Good birth and good living. The (de)medicalising key to sexual reform in the anarchist media of inter-war Spain». *Journal of Iberian and Latin American Studies (JILAS)* 24 (3): 219-241.

KIRBY, D. (2008) «Hollywood Knowledge: Communication between Scientific and Entertainment Cultures». En CHENG, D., *et alii* (Coord.) *Communicating Science in Social Contexts*, New York: Springer, pp. 165-181.

Kirby, D. (2010) «The future is now: Diegetic prototypes and the role of popular films in generating real-world technological development». *Social Studies of Science* 40(1): 41-70.

Kusiak, P. (2010) «Instrumentalized rationality, cross-cultural mediators, and civil epistemologies of late colonialism». *Social Studies of Science* 40(6): 871-902.

La Vanguardia Española, 10 de agosto de 1946: 2.

Long, M. y Steinke, J. (1996) «The Thrill of Everyday Science: Images of Science and Scientists on Children's Educational Science Programmes in the United States». *Public Understanding of Science,* 5: 101-119.

Luhmann, N. (1998) «Inclusión-exclusión». En Durán Villa, F. R. y Santos Solla, J. (Coords.) *Complejidad y Modernidad: de la Unidad a la Diferencia*. Madrid: Trotta, pp. 167-195.

Martín-Barbero, J. (1993) *Communication, culture and hegemony*. London: Sage.

Martín Corrales, E. (2002) *La imagen del marroquí en España (siglos xvi-xxi)*. Barcelona: Bellaterra.

— (1985) «Guinea Ecuatorial española, en el contexto de la Segunda Guerra Mundial». *Cuadernos de Historia Moderna y Contemporánea*, VI-1985. Madrid: Universidad Complutense.

Matud Juristo, Á. (2008) «La incorporación del cine documental al proyecto de NO-DO». *Historia y Comunicación Social,* 13: 105-118.

Medina-Doménech, R. M. (2009) «Scientific technologies of national identity as colonial legacies: Extracting the Spanish nation from Equatorial Guinea». *Social Studies of Science* 39(1): 81-112.

Medina-Doménech, R. M. y Menéndez-Navarro, A. (2005) «Cinematic representations of medical technologies in the Spanish oficial newsreel, 1943-1970». *Public Understanding of Science*, 14: 393-408.

Memmi, A. (1991) *Decolonization and the Decolonized*. Boston MA: Beacon Press.

Méndez Leite von Haffe, F. (1941) *45 años de cinema español*. Madrid: Bailly Baillière.

Mignolo, W D. (2000) *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges and Border Thinking*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Molero Mesa, J. (1994) «Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis». *Dynamis* 14: 199-225.

Molero Mesa, J. (2001) «Health and public policy in Spain during the early Francoist regime (1936-1951): the tuberculosis problem». En Löwy, I. y Krige, J. (Coord.) *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: 141-161.

— (2006) «"Del maestro sangrador al médico…europeo". Medicina, ciencia y diferencia colonial en el Protectorado español de Marruecos». *História Ciencias Saúde-Manguinhos* 13(2), 375-392.

Molero Mesa, J.; Jiménez Lucena, I. y Martínez Antonio, F. J. (2002) «Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos». En Rodríguez Medrado, F. y De Felipe, H. (Coords.) *El Protectorado español en Marruecos. Gestión colonial e identidades*. Madrid: CSIC: 186-193.

Monterde, J. E. (2004) «El cine de la autarquía (1939-1950)». En Gubern, R.; Monterde, J. E.; Pérez Perucha, J.; Riambau, E. y Torreiro, C.. *Historia del cine español*. Madrid: Cátedra, pp. 181-238.

Mulvey, L. (1975) «Visual pleasure and narrative cinema». *Screen* 16(3): 6-18.

Ndongo Bidyogo, D. (1977) *Historia y tragedia de Guinea Ecuatorial*. Madrid: Editorial Cambio 16.

Nieto-Galán, A. (2011). *Los públicos de la ciencia. Expertos y profanos a través de la historia*. Madrid: Marcial Pons.

Ortín, P. (2008) «Mbini. Memorias de un sueño colonial». *GEO* 259: 106-119.

Ortín, P. y Pereiró, V. (2006) *Mbini. Cazadores de imágenes en la Guinea colonial*. Barcelona: Altair/WAHF.

Ostherr, K. (2010) «Empathy and objectivity. Health education through corporate publicity films». En Serlin, D. (Coord.) *Imagining Illness. Public Health and Visual Culture*. Minneapolis: University of Minnesota Press, pp. 62-82.

— (2013) *Medical visions. Producing the patient through film, television and imaging technologies*. Oxford: Oxford University Press.

Papanelopoulou, F.; Nieto-Galan, A., y Perdiguero, E. (Coord.) (2009) *Popularizing Science and Technology in the European Periphery, 1800-2000*. Farnham: Ashgate.

Penley, C. y Ross, A. (Coord.) (1991) *Technoculture*. Minneapolis: University of Minessota Press.

Perdiguero, E., Ballester, R. y Castejón, R. (2007) «Films in Spanish health education: the case of child health (1928-1936)». *Higyea Internationalis* 6(2): 69-97.

Preston, P. (1994) *Franco. A Biography*. New York: Basic Books / Harper Collins.

Pronay, N. y Spring, D. W. (Coord.) (1982) *Propaganda, politics and film, 1918-1945*. London: Macmillan Press.

Rakow, L. F. (1999) «The Public at the Table: From Public Access to Public Participation», *New Media & Society,* 1(1): 74-82.

Ramírez Martínez, F. E. (2006). «Ciencia, tecnología y propaganda: el NO-DO, un instrumento de popularización de la ciencia al servicio del Estado (1943-1957)». En Ordóñez, J. (Coord.) *El pensamiento científico en la sociedad actual*. Madrid: MEC, pp. 253-261.

Ramón Álvarez, H. (1949) «La cultura, problema fundamental de la colonización». *Archivos del IDEA,* 8: 36.

Rodríguez Tranche, R. y Sánchez Biosca, V. (2001) *NO-DO, el tiempo y la memoria*. Madrid: Cátedra/Filmoteca Española.

Roig, A.; San Cornelio, G.; Ardèvol, E.; Alsina, P. y Pagès, R. (2009) «Videogame as Media Practice: An Exploration of the Intersections Between Play and Audiovisual Culture». *Convergence*, 15(1): 89-103.

Schatzki, T. R.; Knorr Cetina, K. y von Savigny, E. (Coord.) (2001) *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.

Seale, C. (2004) *Media and Health*. London: Sage.

Secord, J. A. (2004) «Knowledge in Transit». *Isis* 95: 654-672.

Silverstone, R.(1994) *Television and everyday life*. London: Routledge.

Tabernero, C. (2006) «L'Audiència-*meca*: Ciència, tecnologia i la condició humana en el cinema de Stanley Kubrick i Steven Spielberg». *Mètode* 48: 71-76.

— (2008). «El proceso salud-enfermedad como instrumento del discurso hegemónico en el cine español de la posguerra (1939-1950)». En Ortiz Gómez, T., *et alii* (Coord.) *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. Granada, Universidad de Granada, pp. 361-365.

Tabernero, C.; Sánchez-Navarro, J. y Tubella, I. (2008) «The young and the Internet: Revolution at home. When the household becomes the foundation of socio-cultural change». *Observatorio (OBS*) Journal,* 6: 273-291: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/229/195>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Tabernero, C.; Sánchez-Navarro, J.; Aranda, D. y Tubella, I. (2009) «Media practices, connected lives». En Cardoso, G., Cheong, A. y Cole, J. (Coord.) *World Wide Internet: Changing Societies, Economies and Cultures*. Macau: University of Macau, pp. 331-355.

Tabernero, C.; Aranda, D. y Sánchez-Navarro, J. (2010) «Juventud y tecnologías digitales: espacios de ocio, participación y aprendizaje». *Revista de Estudios de Juventud,* 88: 77-96.

Tabernero, C. (2011) «The shared experience of disease: Public health and cinema». *Journal of Medicine and Movies,* 7(2): 41-43.

Tabernero, C. y Perdiguero, E. (2011) «Cinema and the collective dimensions of disease». *Journal of Medicine and Movies,* 7(2): 44-53.

Tabernero, C.; Jiménez Lucena, I. y Molero Mesa, J. (2012) «Scientific-medical knowledge management through media communication practices: a review of two opposite models in early 20th century Spain». *Journal of History of Science and Technology* 6: 64-84.

Tabernero, C.; Jiménez Lucena, I. y Molero Mesa, J. (2013) «Movimiento libertario y autogestión del conocimiento en la España del primer tercio del siglo xx: la sección "Preguntas y respuestas" (1930-1937) de la revista *Estudios*». *Dynamis* 33 (1): 43-67.

Tabernero, C.; Jiménez Lucena, I. y Molero Mesa, J. (2015) «Colonial scientific-medical documentary films and the legitimating of an ideal state in 1940s post-war Spain». *História, Ciencias, Saúde–Manguinhos* (en prensa).

Taibo, P. I. (2002) *Un cine para un imperio. Películas en la España de Franco*. Madrid: Oberon.

Thompson, John B. (1995) *The Media and Modernity. A Social Theory of Media*. Cambridge: Polity Press.

Topham, J. R. (2009) «Focus: Historicizing "Popular Science". Introduction». *Isis* 100(2): 310-318.

Turner, G. (1993) *Film as a social practice*. London: Routledge.

Utterson, A. (2005) *Technology and Culture, the Film Reader*. London: Routledge.

Wear, A. (Coord.) (1992) *Medicine in Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

LA LOCURA COMO TEJIDO HABITABLE

Martín Correa-Urquiza
Medical Anthropology Research Center - MARC
Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili
Tarragona, España
mcorrea@yahoo.com

Resumen: Desde perspectivas clínicos/sanitarias la histórica relación entre cine y locura suele plantearse como promotora de una cierta estigmatización de los sufrimientos asociados a las problemáticas mentales. Sin embargo, en este artículo y a partir del análisis de una serie de películas que tratan el tema, nuestra intención es defender la idea de que el cine promueve desde su naturaleza narrativa, un cierto reencuentro, nos permite volver a vincular la locura con lo biográfico, con las historias de y sobre personas, vividas por y entre personas. Nos propone un *descanso* de las categorizaciones diagnósticas, de toda semántica clínica, para abrirnos a la posibilidad de entender la locura en su dimensión humana. Nos quita las etiquetas y la muestra como manifestación de una diferencia que forma parte de los comportamientos y manifestaciones posibles de las personas y entre las personas. Y este mismo hecho, es de por sí des-estigmatizante. Resumiendo: El papel del cine es entonces fundamental en la recuperación de una narrativa no centrada en lo patológico. No asentada en los particularismos biológicos de la persona, sino en biografías con acontecimientos y tragedias sociales, familiares, que están más allá de su individualidad somática. El cine nos devuelve a la posibilidad de una locura humana, vista como una suerte de huida de la historia individual para intentar reescribir *otra propia historia*. La historia del loco.

Palabras clave: locura; biografía; dimensión humana; narrativa; semántica clínica

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 209–224. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

Abstract: From clinical / health perspectives, the historical relationship between cinema and madness is often characterized as a promoter of a certain stigmatization of the suffering associated with mental illness. However, in this article, starting with the analysis of a series of films that deal with these issues, we intend to argue that film promotes, from its narrative nature, a certain reunion, which allows us to link back madness with the biographical, with stories by and about people, lived by and between people. This proposes a *break* of diagnostic categorizations, of all clinical semantics, in order to open up to the possibility of understanding madness in its human dimension. It removes labels and shows madness as a sign of a difference that is part of behaviours and possible ways of expression by people and between people. And this very fact is itself de-stigmatizing. In short: The role of cinema is thus fundamental for the retrieval of a narrative that is not focused on the pathological nor based on people's biological peculiarities, but in biographies with events and social, family tragedies, which are beyond their somatic individuality. Films take us back to the possibility of a human madness that may be seen as a kind of getaway from individual histories to try to rewrite *another own history*. The crazy's history.

Keywords: madness; biography; human dimension; narrative; clinical Semantics

En ocasiones, solo en ciertas ocasiones, el cine nos devuelve a la posibilidad de humanizar la locura. La transforma en dolor sin etiquetas, en manifestación sin nombre; despatologiza el sufrimiento recuperándolo en su inicial condición de respuesta humana. Lo trae de vuelta desde una suerte de exilio de exclusividad clínica para reubicarlo, a la vez, como parte de las reacciones posibles ante determinadas situaciones complejas de la vida. Entonces, la locura deja ya de ser entendida —en ese par de horas fílmico— como el corolario de aquel «desajuste dopaminérgico» de un cuerpo supuestamente aislado, para ser consecuencia de un determinado conflicto contextual, como lo que resulta de una circunstancia de asfixia, como, quizás, el último acto desesperado de un náufrago en el mar de un absurdo. El cine nos recuerda que la locura no es un «estallido» interno sin más explicación que el desequilibrio en el propio organismo, sino que existe un mundo, un entorno, que en ocasiones aprieta y aprieta, y

provoca grietas. Y es esto lo que socialmente solemos olvidar y lo que la pantalla nos ayuda recuperar. Son momentos en los que el cine genera un territorio semántico de posibilidades a partir del cual, o a través del cual, la locura accede a la opción de resignificarse, de reencontrarse con esas «otras» explicaciones sobre y para sí misma. No totales, ni absolutas, sino otras que suelen recordarnos que todos estamos ligados a la «naturaleza» de esa locura y que, por tanto, deberíamos estar ligados a las posibilidades de promover un «mejor estar» para los sujetos de esa locura.

Sin embargo, no siempre lo que el cine provoca y produce en relación con este tema puede pensarse como necesariamente «benévolo» para con las personas que han sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. Es cierto, por ejemplo, que a veces las necesidades de conflicto en casi toda trama cinematográfica extienden el sufrimiento mental a sus dimensiones más drásticas, potencian o escenifican una realidad que se transforma en sinécdoque de la realidad total (Correa-Urquiza, 2010). Es decir, suele suceder que ese fragmento que la pantalla muestra deviene para el espectador en la representación del absoluto, y en ocasiones el cine termina contribuyendo en la reedición permanente del estigma, transformando al sujeto de la locura en una totalidad insana, en una uniformidad in-diferenciada, ajena de sí misma; olvidando en el camino las sutilezas, las diferentes variables, las complejidades de toda identidad individual. Una persona que atraviesa las circunstancias de lo que socialmente llamamos *locura* no es patología en movimiento, no es solo aquello que nos sorprende, que nos «levanta de la butaca», no es solo ese desencaje episódico, ni esa alteración química que se manifiesta momentáneamente en su cerebro. Su identidad global no debería asociarse —al menos no exclusivamente— a esa particularidad. Es, sobre todo, persona —y es esto lo que hemos olvidado—, un individuo luchando por sobrevivir, envuelto en una circunstancia compleja que busca desenmarañar el tejido que simbólicamente lo envuelve. Y para ello, en ocasiones, construye un nuevo tejido que lo «protege». Como un caparazón propio, solitario incomprendido —aunque no necesariamente incomprensible—, que puede pensarse como parte de un instinto básico de autoconservación del mundo propio, al menos de un mundo último al que aferrarse. Y no son pocas las ocasiones en las que el cine crea historias que se articulan precisamente a partir de «caparazones».

La denominada *industria cultural* representada por los grandes medios de comunicación —las producciones cinematográficas entre ellos—

contribuye sobremanera —no siempre de forma premeditada— en la construcción de ideas y de reflexiones sobre la realidad que nos rodea, y el tema de las problemáticas mentales no ha sido un caso al margen. Los medios desempeñan un papel central como articuladores de la representación, como vehículos de la resignificación o como la resignificación en sí misma; son la pantalla *per se,* los dispositivos que construyen la escenificación de una realidad que, a su vez, producen y sobre la que inciden constantemente (Correa-Urquiza, 2010). Los medios cimientan las «verdades» sobre las que se apoyan gran parte de las estructuras de pensamiento de la sociedad actual, más específicamente, construyen la perspectiva que adoptar con relación a un supuesto hecho «objetivizado», lo que implica, ya de por sí, un tipo de elaboración al margen de cualquier realidad fáctica que termina incidiendo de diversas maneras en el puzle del imaginario colectivo. Lo que denominamos popularmente *opinión pública* es, en parte, el resultado de la interacción de las convicciones particulares de la población —desarrolladas, a su vez, en cuanto consecuencia de experiencias de diversa índole percibidas a través del aparato sensorial— con aquello que se presenta mediáticamente. Los medios, y el cine en nuestro caso, se articulan como una prolongación de los sentidos en aquellos espacios e instancias en los que el cuerpo, en cuanto ente de experiencias, no puede participar por obvias razones de individualidad (McLuhan, 1995). Incluso en la actualidad se constituyen como un nuevo órgano de sentido que, en cierta manera, monopoliza las percepciones de los sujetos, tanto en sus entornos lejanos como en los cercanos. A esto habría que sumarle el hecho de que, con cada nuevo paso de la tecnología mediática, vamos entrando en otra fase o manera de percibir la realidad (McLuhan, 1995). Centrados fundamentalmente en la vista y en el oído, los medios se presentan como el «ojo» imparcial —que todo lo ve, que todo lo capta— para mostrarnos «eso que pasa» más allá de nuestro entorno inmediato. Pero es un más allá configurado por las pautas de interés ideológico, comercial o estético de una entidad específica, y es un más allá determinado que bajo ningún aspecto puede considerarse imparcial, como no es imparcial la mirada subjetiva de un individuo en solitario. Los medios de comunicación elaboran una manera de ver, de observar lo que llamamos «realidad», y al hacerlo crean o producen un nuevo «real», ligado de manera metonímica con aquello que registran, pero que no puede ser considerado como resultado

de una «mirada absoluta».[1] El aspecto más cuestionable, en este sentido, es el hecho de que suele observarse esa «realidad» como la evidencia factual de los acontecimientos, como la «verdad sin trampas». Ante esto, y a partir de una suerte de contrato de credibilidad que se ha establecido de manera tácita a lo largo de los años entre emisores y receptores, la «opinión pública» tiende a alimentarse y estructurarse, en gran medida, sobre la base de ese «otro» gran órgano de sentidos (Correa-Urquiza, 2010).[2]

En el caso del cine, esta articulación se ha desplegado históricamente a partir de la asociación entre locura y peligrosidad, locura y excentricidad absoluta. Y con esto no quiero decir que exista un ejército de cineastas que trabajan al servicio de las teorías más oscuras y conspirativas, sino que son personas como otras tantas que buscan desarrollar un guion sobre la premisa de lo «intenso» y, al hacerlo, desoyen generalmente ciertas cuestiones sutiles, las dejan en el camino por «innecesarias» cinematográfica o narrativamente hablando. Es que nadie, o casi nadie, intenta hacer una película para definir o graficar la locura en su totalidad —lo que cual sería materialmente imposible—, sino contar una historia de un personaje determinado, con una biografía y unos comportamientos determinados. Como decíamos anteriormente, quizás el problema radique también en ese pacto de credibilidad, en ese contrato de verosimilitud que uno como espectador establece con el filme; uno cree lo que ve y lo cree en sus razones y consecuencias, cree en lo que el director nos cuenta y lo transforma en una realidad política que tiene sus consecuencias en las maneras a través de las que socialmente nos relacionamos con lo real. Esto es sencillo de observar, por poner solo un ejemplo —y cambiando el tema—, si uno reflexiona sobre la traumática relación con los tiburones que caracteriza a parte de una generación y la «responsabilidad» de Steven Spielberg —y Peter Benchley en menor medida— en el asunto. ¿Cuántas campañas existen actualmente buscando recuperar una visión más benevolente hacia el escualo? La selacofobia —'pánico al selacimorfo', nombre técnico de los tiburones— es una realidad que a muchos les ha impedido volver al mar.

El cine no es necesariamente reivindicativo, en el sentido de que no necesariamente busca una transformación o es parte de un tipo de lucha

1 No existe la mirada absoluta, quizás sea el resultado inacabable de todas las miradas posibles…

2 Esto tiene innumerables consecuencias en diversas dimensiones de la experiencia colectiva e individual del estar en sociedad; examinarlas aquí excedería el propósito de nuestro trabajo.

(otra cosa es lo que el cine para cada uno «debería ser»). No podríamos pretender que todos los filmes sobre este tema promuevan o trabajen por una desestigmatización de la locura o de los sujetos de esa locura. No tiene por qué ser ese su cometido. El cine cuenta una historia y en ocasiones, a veces más a veces menos, contribuye con una idea de cambio. Otras veces solo mantiene lo preestablecido. O entretiene. O no.

La trama y lo biográfico

De todas maneras, lo que me interesa aquí rescatar es que, a pesar de esa asociación tópica entre locura y excentricidad total, el cine promueve un cierto reencuentro, nos permite volver a vincular la locura con lo biográfico, con las historias de y sobre personas, vividas por y entre personas. Nos abre a una semblanza íntima, compleja, y nos ayuda observar los otros lados del prisma. El cine nos devuelve a esa posibilidad de entender la locura en su dimensión humana. Nos quita las etiquetas y la muestra como manifestación de una diferencia que forma parte de los comportamientos y manifestaciones posibles de las personas y entre las personas. Y con esto no pretendo afirmar —y es importante aclararlo— que todo trastorno o enfermedad no sea en sí mismo parte de las manifestaciones humanas, nada más lejos, sino que en ocasiones el cine argumenta las razones del desajuste desde una perspectiva social o cultural, es decir, explica el proceso psicótico, no en términos clínicos o biomédicos, no responsabilizando al diagnóstico o a la química cerebral, sino como una reacción humana, subjetiva y posible, una reacción de quiebre o ruptura con una realidad asfixiante. De alguna manera, el cine nos recuerda el fundamento social, las vinculaciones sociales de la trama tejida en la locura. No hay aquí un desenlace o un acontecimiento determinado que resulte exclusivamente de una alteración de la dopamina, sino que es también la consecuencia directa de una situación de opresión, de angustia, de ambigüedad que atraviesa el personaje. Es sencillo observar lo que intento plantear en diferentes películas que tratan el tema. *Shine*, por ejemplo, una obra de 1996 que relata la vida del pianista David Helfgott, se sumerge desde el inicio en la traumática relación que el protagonista mantiene con su padre. Helfgott, interpretado por el australiano Geoffrey Rush, encuentra en el piano uno de los pocos refugios con los que escapar del acoso y la perversa tiranía de su progenitor, que pretende, a partir de la rigidez y el castigo obsesivo,

hacer del pequeño el mejor pianista de la historia. Con el tiempo, Helfgott va desarrollando lo que conocemos como una problemática mental. Es parte de su huida. Algo similar sucede con el personaje de Nina Sayers (Natalie Portman) en la película *El Cisne negro* de Darren Aronofsky, estrenada en el 2011. Para ella el refugio está en la danza, en la posibilidad del ballet como expresión de un tipo de perfección. El personaje debe huir de una madre maníaca, perseguidora, que supo ser bailarina, pero abandonó su carrera para dedicarse a su familia monoparental (monomarental en este caso). Es una madre que humilla y acosa desde un estar ambiguo en el que, al mismo tiempo, promete buscar lo mejor para su hija, trabajar por «su bien». La teoría del doble vínculo desarrollada por Gregory Bateson (1998),[3] a partir de la que el antropólogo intenta explicar el desarrollo de algunos casos de psicosis como resultado de una situación traumática vivida de manera constante durante un periodo de la infancia, puede ayudarnos a comprender este punto. Bateson habla de una situación caracterizada por la exposición constante de la persona a dos o más mensajes contradictorios por parte de un mismo emisor cercano (padre, madre, hermano, etc.). Un caso sencillo de comprender es el generado por una madre que verbaliza el afecto por su hijo o hija mientras, al mismo tiempo, rechaza ese mismo afecto a partir del lenguaje corporal. Esta contradicción se asienta en la experiencia del niño o niña como traumática al no poder definir cuál de los mensajes de la comunicación debe ser aceptado como verdadero, y puede provocar, en el paso hacia una edad ya más adulta, el desarrollo de un quiebre, de un desajuste que será designado como problemática mental.[4] El padre de Helfgott y la madre de Sayers amaban a sus hijos, en algún punto; en otro, los iban destruyendo.

La película *Spider* de David Cronenberg es pertinente en este mismo sentido. Se sumerge a través del relato cinematográfico en un tipo de humanidad, convoca al personaje desde allí. Sin embargo, es cierto que

3 Debo aclarar que no es aquí mi intención reeditar la clásica discusión entre las causas familiares/sociales y/o los determinismos genéticos o bioquímicos sobre la locura, sino intentar explicar cómo el cine contribuye con esa explicación social y contribuye a una mayor comprensión del sufrimiento mental en sus dimensiones humanas.

4 Esto no quiere decir, y no quiero decir con esto que esta sea la única causa, ni siquiera la causa de la locura, no quiero aquí hablar de causas y consecuencias, sino intentar analizar esos contextos que generan la posibilidad de la locura. Es sabido que no todas las personas que atraviesan situaciones de maltrato psicológico/físico terminan desarrollando un tipo de problema de salud mental.

al terminar la cinta uno se queda con sensaciones opuestas: por un lado, agradece la descripción y las particularidades dadas sobre la biografía del personaje que ayudan a comprender en parte su comportamiento, pero, al mismo tiempo, desearía haber sabido un poco más sobre aquello que llevó al pequeño Spider a generar lo que genera. La historia cuenta la vida de un hombre —interpretado por Ralph Fiennes— a partir del momento en el que es dado de alta en un psiquiátrico londinense para entrar en una «casa de medio camino», un espacio relativamente normalizado en el que convive junto a otros expacientes bajo la tutela de una mujer mayor no del todo amable con sus «inquilinos». A partir de ese presente solitario y de una constante retórica del *flash-back*, la obra se sumerge en el pasado, en las razones —algunas— que pueden haber llevado a Spider a estar donde está. La violencia del padre y la sobreprotección de una madre cuyo carácter y comportamientos se observan ambiguos hacen que Dennis Clegg (tal es el nombre «real» de Spider) comience a construir, internamente primero y físicamente más tarde, otro escenario posible, más acorde con su deseo y expectativas, un escenario mental, pero real en tanto que vivencia cotidiana. En un determinado momento para Spider su madre deja de ser su madre: ella ha sido asesinada por su padre y reemplazada por una prostituta. El objetivo del pequeño será, pues, acabar con la vida de esa «otra» mujer. En este sentido, hay un momento que puede entenderse como fundacional en el giro del relato, como el inicio de lo que algunos llaman síndrome de Capgras; es la escena en la que el niño observa por la ventana un forcejeo erótico de su madre con su padre, entonces, el pequeño siente esa suerte de «traición total»: la mujer/nido que es su tabla de salvación frente a la brutalidad paterna se «permite» el asalto amoroso por parte del agresor. Es ahí donde la madre pasa a ser otra, esa «otra», prostituta, furcia, mujer ajena que ha reemplazado a la madre/nido. Esa mujer ya no puede ser su madre. No es su madre. Y hay que matarla.[5] Es eso lo que vemos, es eso en lo que creemos como espectadores. Pero…

Quizás el gran logro y la particularidad del filme radique en esa transformación que provoca en la mente del espectador. Uno comienza asistiendo como quién observa la historia desde afuera, como un curioso

5 Uno como espectador podría quedarse con la idea de la muerte, pero la muerte es aquí anecdótica, lo que nos interesa resaltar es quizás ese proceso a partir del que la persona corta de manera abrupta el lazo central de su conexión con un real para pasar a experimentar otro real no compartido con su entorno.

externo al relato, pero poco a poco va comprendiendo que en realidad está siendo testigo de la percepción subjetiva del protagonista. Vemos lo que él ve. Estamos en sus ojos, dentro. Cronenberg nos recuerda así que todo relato parte de una concepción particular y específica de la realidad y esta vez, aquí, nos invita a compartir la mirada que no siempre estamos dispuestos a ver. La cámara parte de los ojos de Spider. Vemos y vivimos lo que él vive. Solo al final comprendemos el «engaño». Y es ese el punto en el que la película nos altera: creímos en él; Cronenberg nos llevó a pensar que efectivamente sucedía lo que el protagonista experimentaba, vivía y sentía. Todos fuimos protagonistas «distraídos» del viaje de esa locura. Y esto sucede a pesar de que no conozcamos como espectadores el material de la tortura interior del personaje, sabemos lo que la ha ocasionado, podemos llegar a comprender la sensación que atraviesa, estamos en sus ojos, pero no en el receptor de sensaciones, no sabemos cómo se articula esa angustia conceptualmente. Ni qué es exactamente lo que lo tortura. Qué hay dentro de su mente. Cronenberg decía de *Spider* en una entrevista realizada en el 2008: «Es una película expresionista en el sentido de que proviene del interior de la mente del protagonista. De forma que cuando lo vemos caminando por las calles de Londres, y las calles están vacías, tú sabes que nunca en la historia de Londres las calles han estado vacías. Pero en la película lo están. Así, el momento en que Spider se queda quieto en medio de la calle es un momento muy expresionista, ya que no es lo que nosotros veríamos si estuviéramos allí, sino lo que siente Spider. Expresa su soledad, su incapacidad de comunicarse con los otros».[6] «Una vez que comprendes y aceptas las premisas de la película te das cuenta de que no existe una verdad objetiva posible».

Existen diversas maneras de interpretar y pensar los itinerarios que componen el relato en el filme. Así, Spider encuentra señales, señales y objetos, que son parte de un laberinto. La película es ese laberinto a partir del que acudimos a la reconstrucción de la propia biografía del personaje. Un ensamble que comienza a quebrarse en el momento en el que el protagonista cae en la cuenta de que las piezas de su percepción del mundo no encajan; Cronenberg lo sintetiza y lo transforma en metáfora en la escena en la que Spider intenta armar un puzle sobre una mesa, va avanzando

6 Fragmento de una entrevista realizada el 5/10/2008, con motivo de la presentación de la película: <http://www.eduardpunset.es/422/charlas-con/cine-y-ciencia-en-busca-de-la-condicion-humana>. Consultada el 3 de setiembre de 2015.

hasta que en un momento las fichas ya no se corresponden entre sí. Y no lo logra, y se ofusca, y lo arroja todo al suelo. Es ese el punto a partir del que como espectadores comenzamos a entender que no todas las piezas están en *su* lugar. Hay una desesperación en el personaje —que se transmite al observador— por que se unan, por que se vuelvan relativamente estables, por que ingresen en una estructura que contenga lo que sucede y permita explicarlo. Pero hay algo que ya no es posible.

La película puede pensarse a la vez como el resultado de lo que el personaje anota obsesivamente en su cuadernillo: una serie de frases y conceptos que resultan de su manera de recordar su historia personal. En cierto momento, parecería como si estas frases estuvieran confeccionando el argumento central. Pronto vemos que en la libreta hay símbolos ininteligibles para nosotros: cruces, palitos, rayas... Es decir, hay una construcción inmaterial —no fundamentada en hechos físicos— de la realidad por parte de Spider, es la construcción de una perspectiva propia vinculada a una interpretación de lo actual sobre la base de recuerdos antiguos e imaginaciones recientes. Es una construcción que es producto de la necesidad de articular el refugio necesario para la huida. Los elementos con los que construye la visión del entorno que vive el personaje pertenecen también a un pasado real, pero, en ocasiones, imaginario (aunque no por ello menos real en sus consecuencias). Es decir, a la vez, vertebra su historia a partir de aquella circunstancia en la que buscó consuelo ante un contexto desestructurado, ambiguo, inestable. Si la nave naufraga, uno siempre, o casi siempre, busca nuevas redes a las que aferrarse y, si estas redes no existen, las inventa, lo que es otra manera de darle existencia. «No veo a este personaje como patético o psicótico. De alguna manera él es muy humano y muy universal. Incluso a pesar de ser tan específico, él no es eso», decía Cronenberg (2002) en una entrevista realizada para el lanzamiento de la película.[7]

Suele decirse que la imagen que transmite el cine sobre la locura contribuye al estigma por no ser lo suficientemente «correcta» en términos clínicos, por no ser la narrativa argumental exhaustiva en la descripción de una sintomatología que debería ser supuestamente nombrada a partir de las definiciones consensuadas por la psiquiatría y el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984) que la sustenta. Si bien concuerdo

7 Cronenberg, D. (2002) Entrevista a sí mismo sobre la película. En <http://www.spiderthemovie.com>. Consultada el 28 de abril de 2013.

con Vera Poseck (2006) cuando recupera una cierta crítica al tratamiento cinematográfico de la locura por esa permanente simbiosis entre locura y peligrosidad de la que ya hablamos, no comparto la idea de que la información psiquiátrica transmitida como verdad hacia el público sea una manera de contribuir a la desestigmatización. Poseck plantea que el mismo hecho de informar sobre las categorías biomédicas que supuestamente explican el comportamiento «extraño» o la misma acción de ruptura de los personajes colaboraría con el proceso necesario de deconstruir el estigma, porque el público estaría más al tanto de lo que en «verdad» sucede. Lo que sugiero aquí es que, por el contrario, dar una justificación clínica sobre las conductas de un personaje determinado no hace más que explicarlo como resultado del desajuste de su propio organismo y reducirlo así a sus determinantes biológicos. Y es precisamente esta unicidad explicativa, esta uniformidad argumentativa, lo que a mi entender contribuye a ese estigma que en la actualidad se evidencia como uno de los principales factores de sufrimiento para con el colectivo de personas con problemas de salud mental. Así, a mi entender, la desestigmatización no se generará a partir de un momento hipotético en el que la sociedad maneje popularmente ciertas categorías psiquiátricas, sino a partir del reconocimiento de la locura como un comportamiento humano, a partir del encuentro y el acercamiento de la comunidad a esas realidades surcadas por una constante situación de conflicto. Generalmente, desde las grandes instituciones vinculadas al mundo de la salud mental, se postula que el problema del estigma radica en la falta de información del entorno social. Y al hablar de información, se refieren específicamente a una mayor circulación de esos saberes biomédicos, en este caso, del psiquiátrico. Es decir, de las categorías establecidas, de los diagnósticos y sus posibles pronósticos, de las razones «químicas» de la locura. Así, sucede que se promueve una mayor socialización de las categorías médicas bajo la predicción de que cuanto más sepa la sociedad sobre la salud mental en términos clínicos, menor será el estigma. A mi entender, lo que sucede es lo opuesto. Es esta una manera de responsabilizar a la persona y a su organismo de la realidad de la locura, es una manera de reducir el conflicto, de culpabilizar al sujeto. La locura no precisa que la información biomédica se socialice, en todo caso quien lo precisa es la propia psiquiatría en una constante necesidad por legitimarse como verdad total. No es al compartir la información técnico-clínica de «la» realidad absoluta de la locura que se elimina el estigma, sino en la humanización del fenómeno, en el acercamiento desde una

mirada más social, cotidiana, reconociendo en él todo lo que hay de nosotros. Y viceversa. Ahora, debo aclarar que de ningún modo estoy diciendo con esto que el problema del estigma radica en un tipo de tratamiento o en la dinámica de la diagnosis en sí misma; el diagnóstico lo pienso como necesario en términos de itinerarios posibles, es una manera de mapear el recorrido de una probable recuperación. Las categorías que nombran problemáticas son, y en el universo de la mente sobre todo, categorías creadas y consensuadas, y como tales deben ser tratadas. El problema surge cuando esas mismas categorías son instaladas socialmente como verdades totales alrededor de la identidad de los sujetos. No es lo mismo que una persona sea diagnosticada de esquizofrenia en un recinto hospitalario y tratada según protocolos establecidos, que la misma persona pase a ser «el esquizofrénico» en la comunidad en la que vive. La socialización, la utilización social de las categorías diagnósticas para nombrar identidades observadas como realidades únicas, patológicas y estancas es lo que a mi entender alimenta permanentemente el estigma. Por eso, creo que el camino no pasa tanto por difundir la información clínica, es decir, hacerla accesible para el público como «la verdad» total sobre la problemática, sino por el hecho de humanizar la locura, mostrarla en su dimensión de sufrimiento compartido. Y, en esto, el cine ayuda. Cronenberg acierta. Él no busca reproducir la sintomatología o ser más o menos preciso en ello, sino que lo que le interesa es describir un proceso humano y acercarnos a él. No intenta reflejar la psicosis, él mismo lo afirma, cuando en aquella entrevista del 2002 comenta: «El escritor del libro *Spider* que también fue el guionista de la película es un inglés llamado Patrick MacGrath. Su padre era el jefe médico de la prisión de Broadmoor, un hospital mental para criminales. Y cuando era niño vivía allí, porque su padre vivía allí, era el jefe, y como él dice, los esquizofrénicos y los asesinos sanguinarios fueron sus niñeras, cuidaron de él cuando era pequeño. Por su padre, y por el tipo de educación que tuvo, le preocupaba mucho al escribir el libro el ser muy preciso con los llamados síntomas de la esquizofrenia, pero cuando estaba dirigiendo la película le dije que no tenía ningún interés en mostrar una especie de lista clínica de los síntomas porque estábamos intentando crear a un ser humano, una persona, un individuo, y no me quería preocupar de lo que tradicionalmente se considera que son los esquizofrénicos». «Un psicótico está básicamente haciendo lo mismo que todo ser humano hace pero está fuera de sincronización con la sociedad en la que está inmerso,

y no es consistente en sus estructuras» (Cronenberg, 2002).[8] En un momento de la película, un compañero de mesa durante un almuerzo le dice a Spider: «El habito hace al monje, y cuando menos hombre hay más hábito se necesita». Hablan, claro, de hombres, de dolor, de desintegración. Elementos de lo humano.

Es cierto, al mismo tiempo, que es esta humanización la que suele provocar un cierto rechazo; socialmente no nos interesa observar la locura como algo intrínseco al ser humano, como algo que puede ser «nuestro», de todos, parte de todos. Por esa razón es más sencillo manejarse conceptualmente a partir de un discurso clínico que responsabiliza a lo patológico y al individuo y nos exculpa como seres sociales, nos libera de la posibilidad de identificarnos con ese tipo de «diferencias».

La trama y el refugio

Mucho se ha escrito sobre el hecho de que la locura puede pensarse también como refugio, como desencaje habitable producido por una suerte de instinto de supervivencia ante una realidad absurda y compleja que en ocasiones toca vivir. La locura puede ser también ese lugar a donde ir para no estar en donde duele estar. Un lugar anímico, suspendido en el aire; un lugar no legitimado ni compartido desde un punto de vista social, precisamente por la necesidad de la persona de huir de lo que la rodea. En *Spider* el personaje pasa sus días de adulto tejiendo redes en el interior de una habitación semioscura, diseña telarañas que son en parte ese refugio en el que encontrarse con lo que fue, con la memoria previa a su mayor conflicto, con aquellos instantes en los que la madre alababa las destrezas manuales del pequeño Dennis. Es un refugio de cuerdas, líneas y puntos en el que descansar. La telaraña fragmenta el espacio, lo divide en hexágonos y otras formas. Genera un techo que es abrigo posible para el descanso, una malla protectora.[9] Pero este mundo construido lo es a partir de fragmentos del mundo que ha sido partido. Hay una articulación posible de ser pensada entre la telaraña, los nudos y recorridos de Spider y la escena en

8 Cronenberg, D. (2002) Entrevista a sí mismo sobre la película. En <http://www.spiderthemovie.com>. Consultada el 28 de abril de 2013.

9 Sucede a la vez que, cuando ese refugio es amenazado, puede volverse letal. Entonces la telaraña puede ser territorio en el que atrapar a las víctimas: Spider y la muerte de su madre; Nina y la muerte de sí misma.

la que Nina Sayers quiebra el espejo para romper el propio universo que la tiene cautiva. En ese momento ella comienza a ser lo que busca, el Cisne Negro; recupera en el quiebre el apetito por el propio camino hacia aquella «perfección» final.[10] El mundo de Spider y el mundo de Sayers, más allá de si desembocan o no en un cierto desencaje con consecuencias complejas, son mundos en sí mismos. Y lo que intento decir es que la locura puede no pensarse solo como el producto de un desequilibrio, como un no lugar, como un error de la ubicuidad, sino también como un territorio posible, como un tejido habitable, como el refugio desde el que quizás pueda reconstruirse una biografía. Y es a partir del diálogo con este refugio y con el individuo que lo produce, a partir de un vínculo que reconozca a ese otro como sujeto y no solo en tanto objeto de prácticas terapéuticas, que puede generarse una mayor aproximación a la comprensión de la locura y al bienestar de las personas que la atraviesan como experiencia. Es necesario entender que hay ocasiones en las que el margen, esa instancia de liminaridad que implica la locura, es el único lugar posible en donde asentar la existencia, quizás el último territorio de habitabilidad. Dice Eugenio Trias:

> Ya que el límite, visto de esta suerte, o comprendido en su concepto (el que hace justicia a su naturaleza esencial), no es sólo aquello que restringe y frena; o el obstáculo y la barrera que resiste como algo ineludible (y con lo cual se tropieza): no es únicamente skándalon, pedrusco, hito o mojón, que a modo de trampa o celada, pone un coto restrictivo a la marcha. No es tan sólo semáforo siempre en rojo. Es también (y aquí lo que nos interesa), espacio de liberación, ámbito en el que juega su ser o no ser; su libertad, el habitante de la frontera (1999: 54).

En el límite existe la opción de refugio, allí el caparazón es un «estar aparte», es un «esconderse» para reconstituirse. Y no estoy haciendo aquí un elogio de la locura, o una defensa de ese estado como un estado «necesario» y sobre el cual —a los de «afuera»— solo nos queda la inmovilidad y la contemplación. Nada más lejos de ello. Sino que intento pensar qué sucedería si en lugar de negar esa circunstancia de margen como legítima, la reconociéramos en su razón de estrategia, de territorio posible, para a partir de allí intentar el diálogo —ya no el monólogo (Martínez, 1998)— que nos permita reconstruir lazos, esas conexiones con el entorno que se han ido perdiendo en el proceso. Negar al «otro», intentado «integrarlo» sin

10 El personaje muere ovacionado por el público tras haber realizado una *perfomance* perfecta.

aceptarlo ni considerarlo, no hace más que profundizar el hundimiento. Y plantear esto tampoco implica, a mi entender, desatender la evidencia del sufrimiento real por parte de los afectados, que, a su vez, desarrollan sus biografías en un determinado contexto en el que la locura está surcada por un tipo de significaciones específicas que tienen consecuencias específicas (estigma, por ejemplo) en el plano de lo cotidiano. Es decir, comprender que la locura puede ser un territorio legítimo no quiere decir que debamos olvidarnos de la realidad afligida de un colectivo de personas que es atravesado por un desencaje y por las dificultades fácticas de habitar desde ese desencaje en nuestro entorno. El «loco» franquea bosques de significaciones que no son solo construidos para él, sino que forman parte de las dinámicas globales de la comunidad, pero son significaciones que sí ejercen sobre él otro tipo de presión simbólica y merecen —al menos por eso— ser puestas en cuestión. La locura puede ser un tejido habitable. No es arrancando o cortando hilos que se devuelve a la persona a una supuesta realidad, sino en el trabajo compartido de comprensión de lo que se teje y las razones que llevan a ese tejido.

Caparazones

Si bien la locura produce argumentos a partir de su naturaleza como fenómeno, que el cine asume y materializa en la pantalla, lo que he intentado sugerir es que, más allá de un cierto reduccionismo existente en algunos casos en relación con el tema y que suele abonar el terreno de la asociación de locura y excentricidad o peligrosidad permanente, considero fundamental el papel del cine en la recuperación de una narrativa no centrada en lo patológico, no asentada en los particularismos biológicos de la persona, sino en biografías con acontecimientos y tragedias sociales, familiares, que están más allá de su individualidad química. La locura no ha de pensarse exclusivamente en términos médicos, no es solo el resultado de un desequilibrio dopaminérgico —aún no sabemos si este desequilibrio es causa, o es consecuencia—, sino que es también el final y recomienzo de un itinerario biográfico, de una historia surcada por intentos de supervivencia que se manifiestan de diversas formas posibles. Así, el cine nos devuelve a la posibilidad de una locura humana, vista como una suerte de huida de la historia individual para intentar reescribir «otra propia historia». La locura puede ser observada como manifestación de un dolor

humano, como parte legítima de la búsqueda del sujeto por construir —aunque sea a través de la destrucción— un territorio propio, un contexto del que sentirse circunstancialmente dueño, un refugio relativamente autónomo para intentar desde ahí la recuperación de una semántica desde donde constituirse, pero, sobre todo, la articulación y reconquista de un universo íntimo, un caparazón desde donde iniciar —o no— un itinerario de «mejor estar».

Filmografía

Aronofsky, D. (2010) *El Cisne negro.* Estados Unidos.
Cronenberg, D. (2002) *Spider.* Estados Unidos.
Hicks, S. (1996) *Shine.* Estados Unidos.

Bibliografía

Bateson, G. (1998) *Pasos hacia una ecología de la mente – Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Correa-Urquiza, M. (2010) *Radio Nikosia, análisis de un nuevo dispositivo de inclusión, comunicación e intervención social en el ámbito de la salud mental.* Barcelona-Rubí. Premio Ferran Salsas i Roig.

Martínez Hernáez, A. (1998) «Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII (68): 645-659.

Menéndez, E. (1984) «El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3: 89-115.

Mc Luhan, M. y Fiore, Q. (1995) *El medio es el masaje*. Barcelona, Paidós.

Poseck, V. (2006) *Imágenes de la locura.* Madrid: Ediciones Calamar.

Trias, E. (1999) *La razón fronteriza*. Barcelona: Destino.

ETNOGRAFÍA, REALIDAD Y FICCIÓN EN LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN[1]

Josep M. Comelles
Medical Anthropology Research Center - MARC
Universitat Rovira i Virgili
Josepmaria.comelles@urv.cat

Serena Brigidi
Medical Anthropology Research Center - MARC
Universitat Rovira i Virgili
serenabrigidi@gmail.com

Resumen: Paul Valéry habló del cine como de un *divertissement pour ilotes*. Nosotros hablábamos de la televisión como la *silly box.* La caja se ha hecho mayor y se ha convertido en un espejo con el que dialogamos, un día sí y otro también, una suerte de amigo invisible que acompaña nuestra soledad y vela por nuestros malestares (y que también sabe definirlos e identificarlos). Por esto nos proponemos investigar los *medical dramas* que no pueden ni deben reducirse a la condición de entretenimiento, incluso en aquellos casos en que la representación resulta menos valida. Lo poroso en los límites entre ficción y realidad invita a ser muy prudentes. Materiales poco rigurosos pero con un lenguaje simplista pueden tener un impacto muy superior a narrativas mucho más sofisticadas situadas en el límite del documental también en la docencia. Sin embargo, la etnografía en los *medical dramas* abre perspectivas de investigación en la construcción del proceso salud, enfermedad y atención y de la experiencia personal y colectiva. Tiene desde muchos puntos de vista una función *cognoscitiva* y *formativa* porque crea reflexiones, debates y permite criticar e interpretar la realidad sanitaria en la que vivimos. Si es difícil que alguien pueda convertirse en Jack Bauer, en el Almirante Adama todos los espectadores de *medical dramas*, tropezamos con una realidad que puede ser la

1 Ver también Comelles, J. y Brigidi, S. (2014).

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 225–255. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

nuestra, como profesionales de la salud y como pacientes. Así que reconocemos a Gregory House o a Nurse Jackie o aspectos de los hospitales y CAPs a los que acudimos.

Palabras clave: perspectiva etnográfica; medical dramas; proceso de salud, enfermedad y atención; profesionales de la salud; función educativa

Abstract: Paul Valery spoke of film as a *divertissement pour ilotes.* We used to call television the *silly box*. The box has grown up and it has become a mirror with which we talk, day in and day out, a kind of invisible friend that is a companion for our loneliness and watches over our discomforts (also defining and identifying them). Thus, our aim is to investigate medical dramas that cannot be reduced to the status of entertainment, even in cases where representations are less compelling. Boundaries between fiction and reality are porous and so require caution. Little rigorous productions with a simplistic language can have a much higher impact, also for teaching, than much more sophisticated narratives located on the boundaries of documentary films. However, ethnographic approaches applied to medical dramas opens research perspectives regarding the construction of health, disease and care processes as well as concerning personal and collective experiences. Such approach has, from many points of view, a cognitive and educational function that creates reflections and debates, while allows criticizing and interpreting the health context in which we live. If it is difficult for anyone to become Jack Bauer or Admiral Adama, all viewers of medical dramas bump into a reality that can be ours, as health professionals and as patients. So we recognize Gregory House or Nurse Jackie or features of hospitals and Primary Care Centers where we go.

Keywords: etnographic approaches; medical dramas; health, disease and care procesesses; health professionals; educational function

De las series médicas

Entre el 2004 y el 2012 y hasta su reciente cancelación, el canal de cable norteamericano *Fox* ha emitido ocho temporadas del *medical drama*[2] *House M.D.*[3] El culebrón *General Hospital*[4] se compone de más de 12.000 episodios desde 1963 y el de la BBC *Casualty*[5] se emite desde 1986. *E.R.* (*Urgencias*)[6] se compone de quince temporadas; *Bodies*,[7] de la BBC, tiene diecisiete episodios en tres temporadas, *Grey's Anatomy*[8] lleva nueve y *Hospital Central,*[9] de Telecinco, renovó su vigesimoprimera temporada.. Tras el estreno de *E.R.* en 1994, la producción de *medical dramas* ha aumentado, mientras el tema médico es hoy excepcional en el cine. Su éxito tiene que ver con la temática y con la relación entre el espectador y la pantalla (Bachtin, 1988; Turow, 1989a), y habría influido en la formación de los profesionales de la salud[10] y en debates sobre ética profesional (Wicclair, 2008) o bioética (Arawi, 2010). En Francia, *E.R.* dio lugar a un debate sobre las urgencias hospitalarias (Chalvon-Demersay, 1999); la prensa médica ha discutido los riesgos de su influencia sobre las conductas de los espectadores y ha llamado la atención sobre la responsabilidad de los productores, creadores y guionistas (Beca y Salas, 2004; Douglas, 2007)[11] en relación con el *embodiment* de sus contenidos por los espectadores. Si suele criticarse el exceso de violencia o el sexo explícito en televisión, el éxito paradójico de las series de tema médico debe tener raíces distintas,

2 La temática de los *medical dramas* gira en torno a médicos, hospitales, médicos de medicina general, paramédicos y enfermeras. Una excepción relativa es *Medical Investigation*, sobre casos de salud pública, y, sobre todo, *Polseres vermelles*, desde la perspectiva de los pacientes.

3 Citamos las series en la lengua de producción, mediante su página en IMDB (*Internet Movie Database*), tanto la serie completa como los episodios singulares. *Wikipedia* en inglés es mucho mejor fuente que las páginas web oficiales, porque incluye bibliografía, *rankings*, audiencias y bibliografía. <http://www.imdb.com/title/tt0412142/?ref_=fn_al_tt_1>.

4 <http://www.imdb.com/title/tt0056758/?ref_=fn_al_tt_1>

5 <http://www.imdb.com/title/tt0096555/>

6 <http://www.imdb.com/title/tt0108757/?ref_=fn_al_tt_1>

7 <http://www.imdb.com/title/tt0398427/?ref_=fn_al_tt_1>

8 <http://www.imdb.com/title/tt0413573/?ref_=nv_sr_2>.

9 <http://www.imdb.com/title/tt0297174/?ref_=fn_al_tt_1 >.

10 Ver Lait (1987); O'Connor (1998); Mikulencak (1995) y Czarny, Faden, Nolan, Bodensiek y Sugarman (2008), entre otros.

11 Las series son creaciones colectivas: productores ejecutivos y guionistas son determinantes. El papel de los directores es secundario.

aunque en *Grey's Anatomy* o *Nip/Tuck*[12] haya mucho sexo y, en esta última, algo de violencia. ¿Cuáles son las razones de tal éxito? ¿Por qué son tan bien aceptadas desde hace más de medio siglo?

El proceso de medicalización, de la escritura a la televisión

La producción audiovisual sobre salud desde principios del siglo XX —en forma de documentales y de ficción cinematográfica y luego de televisión (Turow, 1989a)— jugó un papel probablemente significativo en la construcción de la hegemonía del *modelo médico* y en el proceso de medicalización, aunque no necesariamente haya sido tenida muy en cuenta por los teóricos (Menéndez, 2005). En la primera y segunda fase del proceso de medicalización, los textos de divulgación o popularización (Perdiguero-Gil y Castejón-Bolea, 2010), la literatura de ficción o la destinada a legitimar a la medicina, y a un prototipo ideal de médico, jugaron un papel relativamente importante (Comelles, 2007), que esquematizamos en la tabla 1:

Periodo	*Economía política*	*Temas dominantes*	*Comunicación*
Siglos XIII a XIX	La ciudad (*polis*) como responsable.	Las epidemias	Regimientos de la pestilencia. Geografías y topografías médicas.
Siglo XVIII a 1970	El estado responsable de la higiene y sanidad y, más adelante, del cuidado y terapéutica (estado de bienestar).	Higiene y sanidad Accidentes de trabajo Enfermedades agudas Epidemias y endemias	Novelas, informes médico-sociales, topografías médicas, folkmedicina, periódicos, anuncios de remedios y de profesionales, cine, radio, televisión analógica.
1970-2012	La medicalización es una dimensión estructural en la cultura global. El sector de la salud queda limitado a diagnóstico, terapéutica y cuidado en determinadas enfermedades.	La hegemonía del cuidado del cuerpo como ámbito global. La gestión concreta de enfermedades crónicas, agudas o accidentes.	Televisión: *reality shows*, publicidad, documentales, ficción televisiva: series, culebrones, docudramas. Internet: web, blogs, foros, vídeo en *streaming*, redes sociales, etc., publicidad.

Tabla 1. El proceso de medicalización y la divulgación (elaboración propia).

12 <http://www.imdb.com/title/tt0361217/?ref_=nv_sr_1>.

En la tabla hemos distinguido tres fases desiguales en el proceso de medicalización. En la segunda, hay dos subetapas en referencia al significado de la imagen: una inicial donde lo visual son estampas, grabados, daguerrotipos o fotografías y, en la tercera, ya en el siglo XX, las revistas gráficas, los folletos publicitarios ilustrados, la radio, el documental o la ficción cinematográfica —y, entre 1950 y 1990, la televisión analógica clásica— tuvieron un papel significativo. Esta última, como fenómeno de masas, se desarrolló desde 1950 en los Estados Unidos y, una década más tarde, en Europa, y su prestigio cultural hubo de esperar al siglo XXI. Entre los *medical dramas* del cine y los de la televisión hubo inicialmente continuidad con una estrecha supervisión por parte de la corporación médica (Turow, 1989a). El cine «de médicos» se componía de películas de un mínimo de 80 minutos o de cortos o mediometrajes documentales. La televisión recuperó para sus seriales el mediometraje de 30 a 60 minutos, que se había desarrollado en tiempos del cine mudo y, más tarde, en las radionovelas. Podían emitirse en directo en estudio o rodarse en 16 milímetros para abaratar la producción. Su exhibición en pantallas de poco más de 20 pulgadas exigía cambios narrativos, pocos planos generales y exteriores, interiores en estudio que se aprovechaban para docenas de episodios,[13] o rodajes en geografías muy próximas. Salvo los culebrones (*soap operas*) que se emiten a veces durante décadas, como *General Hospital*, las series actuales en soporte cinematográfico o en vídeo de alta definición oscilan entre un mínimo de 8 o 12 episodios a 22 o 24 por temporada.[14] La mayor parte adoptan el formato *procedimental,* episodios independientes con un historia para cada uno, cuya continuidad corresponde a un elenco fijo, con una línea argumental que los relaciona a largo plazo.

Entre 1950 y 1985, solo se produjeron algo más de una docena de *medical dramas*, la mayoría sobre hospitales urbanos —*Dr. Kildare,*[15] *Ben*

13 *House M.D.* es un buen ejemplo actual de serie con decorados de estudio simples y baratos.

14 Las series anteriores a 1990 podían tener más episodios por año. Sin embargo, en las dos últimas décadas lo habitual son de 8 a 12 episodios por temporada y algunos procedimentales de 22 a 24, solo en los casos emitidos por cadenas generalistas en abierto. Las miniseries de dos a cinco episodios no han sido utilizadas para los seriales médicos. En las producciones británicas son frecuentes formatos de 6 episodios por temporada.

15 <http://www.imdb.com/title/tt4562002/?ref_=fn_al_tt_1>.

Casey,[16] *Medical Center*,[17] entre otros—, la singularidad de *M.A.S.H.*,[18] sobre un hospital de campaña, una serie sobre enfermeras (*The Nurses*),[19] otra sobre un médico de medicina general, *Marcus Welby*,[20] y, a principios de los ochenta, el *show* coral *St. Elsewhere*,[21] relativamente innovador (Turow, 1989a). En esta etapa, describen la transición en la organización, la tecnología hospitalaria y los roles de los profesionales «desde dentro». En cambio, desde los noventa, ponen de relieve la transición definitiva a una tercera fase del proceso de medicalización que se corresponde con los cambios tecnológicos y con la diversificación del mercado de la salud, especialmente en los Estados Unidos. Corresponden a la multiplicidad de cadenas derivadas de la implantación de la televisión por cable y, desde el 2005, del vídeo en *streaming*.

¿Es posible una antropología médica de los medical dramas?

El interés de los *medical dramas* es notable para la antropología médica. Desde el punto de vista de la docencia, ofrecen infinitos ejemplos que pueden emplearse en los cursos o como puntos de partida de debates muy diversos. Pensamos que la visión de fragmentos seleccionados de *medical dramas* fundamenta nuevas posibilidades de innovación didáctica y una variante metodológica en el modelo de enseñanza-aprendizaje activos en ciencias de la salud. También permite discutir los límites entre ficción, virtualidad y realidad en el mundo actual. Asimismo, el visionado de los cientos de situaciones presentadas en los *medical dramas* puede considerarse como una reelaboración del *role-playing* o de otros tipos de dramatizaciones y simulaciones. El visionado crítico favorece un trabajo de análisis y reflexión por parte de los estudiantes basado en el estudio, desarrollo y resolución de situaciones o casos clínicos recreados en la pantalla. Análogamente, el visionado de las series induce a la gestión de la esfera emotiva personal y experiencial. Las artes o, en este caso específico, el cine

16 <http://www.imdb.com/title/tt0054519/?ref_=nv_sr_1>.

17 <http://www.imdb.com/title/tt0063928/?ref_=nv_sr_1>.

18 <http://www.imdb.com/title/tt0068098/?ref_=nv_sr_1>.

19 <http://www.imdb.com/title/tt0058833/?ref_=fn_al_tt_2>.

20 <http://www.imdb.com/title/tt0063927/?ref_=nv_sr_5>.

21 <http://www.imdb.com/title/tt0083483/?ref_=nv_sr_1>.

permiten una identificación automática con los personajes, y devuelven la autenticidad compleja y el contexto social y cultural del caso clínico. A partir de nuestra experiencia en la didáctica de la antropología médica en ciencias de la salud y en ciencias humanas y sociales, podemos afirmar que los clips permiten al estudiante revivir «dramáticamente» situaciones: pueden empatizar, «ponerse en lugar» (Stein, 1995) del profesional de la salud, el paciente y/o la situación representada y comprenderlo sin asimilarlo, utilizando los mecanismos propios de la exotopía (Bacthin, 1988; Sclavi, 2003; Brigidi, 2009)[22] para llamar la atención sobre la complejidad del mundo de la salud. Mediante fragmentos seleccionados de *medical dramas* se puedan trabajar conceptos como la identidad, la diversidad, la libertad y la responsabilidad, además de fomentar capacidades comunicativas y explicativas, actitud de observación y registro, consciencia de las propias emociones frente a una situación (más concretamente, rabia, frustración, pasividad, deseo, ganas de irse, abandonar la situación, llanto, risa, etc.), así como mostrar situaciones problemáticas e integrarlas con la experiencia de cada uno y, también, desarrollar habilidades de crítica, capacidad de tomar decisiones y de escucha activa hacia los demás. Utilizamos diferentes metodologías para proponer vídeos o fragmentos de series de televisión durante las clases. Podemos introducir el temario y seguidamente utilizar el vídeo para complementar una explicación y mostrar la complejidad y la diversidad en el campo de la salud. O bien, como efecto sorpresa: el recurso audio-visual es lo primero que los estudiantes ven y escuchan sobre un tema concreto y, a partir de ello, se empiezan a trabajar las reflexiones y análisis de los alumnos para luego definir, delimitar y diseñar el problema. En la mayoría de casos, los estudiantes sorprenden por su capacidad analítica y permiten descubrir nuevos temas latentes que el *medical drama* conserva.

Desde el punto de vista de la investigación, las series médicas ofrecen también perspectivas atractivas y básicamente inexploradas. La principal, a nuestro entender, sería la relación que se establece entre el espectador y

22 «Non si può intendere la comprensione come empatia e trasferimento di sé al posto altrui (perdita del proprio posto). (…) non si puó comprendere la comprensione come traduzione da una lengua altrui» (Bacthin, 1988: 359). «Per "exotopia" (o "extralocalità") si intende *una tensione dialogica* in cui l'empatia gioca un ruolo transitorio minore, dominata invece dal continuo ricostruire l'altro come portatore *di una prospectiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra*» (Sclavi, 2003: 172).

el relato de las prácticas que presentan los episodios centrados en casos de enfermedades concretas, procesos de toma de decisiones, debates éticos o conflictos entre profesionales, o entre ellos y los pacientes o sus redes sociales. El espectador puede «vivirlas y «compartirlas», y eso resulta interesante desde el punto de vista del proceso de salud, enfermedad y atención. Cuando Menéndez (2005) propuso el concepto de *modelo médico hegemónico*, a principios de los ochenta, no podíamos imaginar el escenario visual que es posible contemplar hoy. Según ese modelo, la experiencia sobre el proceso se construía sobre la base de una serie de experiencias próximas a las enfermedades más comunes en un *ethnoscape* determinado. En el momento presente, el espectador podría incorporar a su experiencia la amplísima casuística presentada en las series, parte de la cual corresponde también a las patologías médicas y quirúrgicas más comunes. Hasta aquí, los datos de audiencia son relativamente poco interesantes, salvo la respuesta de la cohortes demográficas analizadas por las empresas de control de audiencias, pero, aun con esos datos, en las series médicas no solo las prácticas médicas son determinantes en su aceptación, sino que en algunas series de éxito, como *Grey's Anatomy,* el atractivo procede de las peripecias amorosas y sexuales de sus protagonistas. Aun en estos casos, el «decorado» médico, por las razones a las que aludiremos, puede ser *embodied* por el espectador, si en algún punto del argumento puede articularse con su propia experiencia.

Nuestra hipótesis tiene que ver con el carácter universal del proceso de medicalización que lleva a un conocimiento popular —por utilizar una expresión quizás incómoda pero útil— notable de la terminología y las prácticas médicas. Aunque la producción sea norteamericana, británica, alemana o española, su emisión y su recepción configuran una *dialéctica local* —y a menudo *individual*— con un producto global —que representa una realidad también *local*—. Aunque Gregory House trabaje en la costa este de los Estados Unidos, el personaje es reconocible en otros países, con lo cual el espectador puede establecer intuitivamente comparaciones entre las prácticas representadas en una serie y las que conoce de primera mano. Incluso puede desear tener un médico o una enfermera como él. Siempre hay elementos comunes precisamente por la universalidad del proceso de medicalización. En la medida en que las experiencias narradas en los seriales combinan patologías a veces muy poco frecuentes con otros casos que corresponden a enfermedades o situaciones relativamente comunes en los actuales modelos de provisión de servicios sanitarios, siempre hay

un trasfondo compartible. TVE emitió durante el tardofranquismo *Dr. Kildare* y *Medical Center* —el Doctor Gannon— en *prime time*. Eran series sobre médicos hospitalarios y con una presencia muy explícita de las innovaciones quirúrgicas. Sus audiencias fueron enormes —solo había una cadena—. En cambio, *Marcus Welby*, un procedimental de extraordinario éxito en los Estados Unidos, centrada en un médico de medicina general de barrio de clase media en California y que TVE emitió a principios de los setenta, no tuvo éxito y pasó a la minoritaria segunda cadena (UHF). Las dos primeras mostraban los hospitales y médicos americanos que habían inspirado desde los años cuarenta a la Seguridad Social del franquismo (De-la-Camara, 1948) y que correspondían, más o menos, a lo que los ciudadanos podían conocer de la nueva red de *residencias sanitarias* construidas hasta entonces. Emitirlas fue una estrategia de propaganda subliminal de la obra sanitaria del franquismo, puesto que la representación de los hospitales poco tenía que ver con los viejos hospitales provinciales de beneficencia. Los casos de *Marcus Welby*, en cambio, estaban muy lejos de la experiencia de la atención primaria en España incluso entre las clases medias, y sus episodios no conectaron con la audiencia española.

Aunque no hemos encontrado estudios específicos sobre la influencia de las series de «hospitales» en el proceso de salud, enfermedad y atención en la España de Franco, nuestro hospitalocentrismo cultural pudo tener alguna de sus raíces en aquella representación televisiva de los hospitales y de la eficacia resolutiva de los médicos. Dos décadas más tarde, *E.R.* fracasó en España y pasó a horarios de madrugada, a pesar de que TVE fue comprando temporadas, quizás porque la imagen que ofrecía del servicio de urgencias de un hospital público ya estaba lejos del perfil que podía ofrecer el modesto estado de bienestar español.[23] En cambio, su copia española *Hospital Central* lleva emitiéndose 21 temporadas.[24]

Asumir que puede existir empatía de los ciudadanos con las representaciones que las series hacen del sector de la salud nos lleva a pensar en

23 En Francia, en cambio, dio lugar a un debate nacional sobre las urgencias hospitalarias.

24 En Catalunya, el hospital jerarquizado se había implantado desde 1969-75, *St. Elsewhere*, emitida por el canal público de televisión TV3, tuvo un éxito colosal durante los ochenta y ha dado lugar a dos series médicas con voluntad de servicio publico, un docudrama, *Bellvitge Hospital*, condescendiente con el prototipo ideal de profesional y de institución, y *Polseres vermelles*, un experimento de serie con niños y adolescentes afectados por enfermedades oncológicas.

su valor etnográfico, un factor clave para que el público y los estudiantes puedan reconocerse en la casuística y reconocer los escenarios médicos a partir de sus experiencias individuales o colectivas. Esto las convierte en un tema apasionante para el antropólogo médico. A diferencia de los *thrillers,* la ciencia ficción o las series de acción como *24,* donde se permiten todo tipo de inverosimilitudes, en las representaciones del sector de la salud —como en bastantes *medical dramas* u otros géneros— lo sanitario *debe ajustarse a la realidad*, puesto que, de no hacerlo, puede cuestionarse la imagen de los profesionales o pueden, en teoría, inducirse errores médicos. En relación con lo primero, y hasta los ochenta, las productoras incorporaban «comisarios políticos» de la American Medical Association y cuidaban un realismo idealizado en las escenas en escenarios naturales o en estudio (Turow, 1989b). Hoy las autoridades sanitarias supervisan contenidos para evitar incitar conductas peligrosas o prácticas no conformes con los criterios científicos (Turow y Gans, 2002),[25] o alientan que en los guiones se incorporen mensajes sobre hábitos saludables como no fumar, o actitudes y prácticas positivas en relación con la salud (Weber y Silk, 2007), con problemáticas específicas y, no la menor, la supervivencia (Van den Bulck, 2002), puesto que algunos se han preguntado si lo que ofrecen los *shows* puede contribuir a salvar vidas (Eisenman, Rusetski, Zohar, Avital y Stolero, 2005).[26]

A pesar de las presiones corporativas que podrían interpretarse como formas de censura (Turow, 1989a), desde el estreno de *E.R.* la dimensión y el valor etnográfico de las series ha dado un salto cualitativo desde el realismo al naturalismo. En primer lugar, por la reducción de costes de producción que significó abandonar el 16 milímetros y adoptar el vídeo y la edición digital, lo que supone el abaratamiento de costes y ampliar posibilidades de emplear espacios naturales para rodar, que favoreció el uso de la *steady cam* y, con ello, una proximidad al documentalismo de los noticieros. Collee (1999), en un editorial del *British Medical Journal,* comparó la claridad moral y científica de *Doctor Kildar*e, con la ya voluntaria expresión de la complejidad presente en series como *E.R.* o la británica

25 Milla-Santos (2001) aprovechó la emisión de *E.R.* en España para discutir la situación de las urgencias. Parece citar de oídas, pues parte de lo que cuestiona lo describe la serie.

26 Sin embargo, Hether, Huang, Beck, Murphy y Valente (2008) observaron que la representación de cánceres de mama en *E.R.* o *Grey's Anatomy* tenían poco impacto real entre las mujeres.

Casualty, cuyo naturalismo y mayor profundidad en la exposición cinematográfica exigían una mayor concentración al espectador y respondían a una mayor exigencia de calidad.

E.R. es el primer *medical drama* que debe ubicarse con los clásicos del lenguaje de televisión como *The Sopranos*[27] o *The Wire*,[28] por su calidad documental y valor etnográfico. Tanto es así que su narrativa se inscribe en un fenómeno característico de la nueva televisión, como es la destrucción voluntaria de los límites entre realidad y ficción, que daría lugar a un nivel de realidad distinto, el «efecto de realidad» (Glevarec, 2010), muy diferente del que había manejado la escritura realista o naturalista digamos de Balzac a Leopoldo Alas, pero también el realismo o el naturalismo etnográficos. En términos de cinematografía realista y naturalista, puede observarse lo mismo. La cinematografía etnográfica clásica, como en Flaherty o el neorrealismo italiano, podían compartir un valor etnográfico en la medida en que las condiciones de producción y exhibición las concebían como productos singulares destinados a un público parecido. En cambio, los *medical dramas* actuales se conciben para un público muy segmentado, nada universal *a priori* y se sitúan no como productos singulares, sino como géneros que conviven necesariamente con los noticiarios, los programas de entretenimiento o los *reality shows* donde aparecen enfermos y *frikis* deslumbrantes. La toma de distancia que implicó la exhibición cinematográfica clásica puede desaparecer en la televisión, puesto que la adhesión a los programas no tiene el carácter ritual que tuvo siempre «ir al cine». La ficción serializada convive con la realidad ficcional de los *reality shows*, o con los juegos de espejos presentes en los noticiarios televisados. Por eso, las series refuerzan en muchos casos su dimensión documental y, por tanto, su valor etnográfico.[29]

El valor etnográfico de la cinematografía de los *medical dramas* sería indispensable para fijar a los espectadores, al ofrecerles una *representación* de situaciones que *pueden formar parte de su experiencia personal o colectiva* con médicos, enfermeros, auxiliares y hospitales, u obtener respuestas a sus inquietudes, necesidades o curiosidades de información sobre temas

27 <http://www.imdb.com/title/tt0141842/?ref_=nv_sr_1>.

28 <http://www.imdb.com/title/tt0306414/?ref_=fn_al_tt_4>.

29 Un buen ejemplo es *Southland*, una serie de policías en Los Angeles, construida como un docudrama del día a día de los patrulleros y que emplea estrategias de filmación de cámara doméstica e incluso en tratamiento del color.

de salud. Tanto es así que una revisión cronológica de las series pone de relieve la evolución de los dispositivos sanitarios, de las representaciones y narrativas de la enfermedad en el último medio siglo,[30] en ningún caso —quizás con la excepción de *House M.D.*, mucho más centrada en evocar el razonamiento diagnóstico—, yendo más allá del registro realista o naturalista.[31] Los episodios muestran casos, debates diagnósticos y deliberaciones terapéuticas, y los espectadores asisten a controversias y dilemas éticos presentes en la cultura global.[32] Su universalidad sitúa los *medical dramas* en una tesitura distinta a los *thrillers*, la ciencia ficción, los géneros fantásticos o las comedias o dramas realistas o naturalistas, como *Desperate Housevives* o la española *Cuéntame*, que son productos idiosincrásicos desde el punto de vista cultural. En cambio, *E.R.* puede ser norteamericana, *Hospital Central*, española, y *Bodies*, británica, pero comparten rasgos comunes de la cultura organizacional de la salud. *Everwood*[33] articula lo médico con un argumento de relaciones paternofiliales muy norteamericano, pero en lo relativo a la salud presenta dilemas éticos globales que quedan matizados por el muy conservador contexto cultural en el que se inscribe la acción. Los *medical dramas* europeos se distancian de los norteamericanos o canadienses,[34] describen perfiles específicos de medicalización en entornos culturales distintos (Espanha, 2002) y relacionan temáticas específicas y contextos culturales locales (Strauss y Marzo-Ortega, 2002).

30 Algunos hacen referencia a la fiabilidad técnica de la representación, ver por ejemplo el estudio sobre la reanimación cardiopulmonar en las series británicas de los ochenta y noventa (Gordon, Williamson y Lawler, 1998)"title": "As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas.", "page": "780-3", "volume": "317", "container-title": "BMJ (Clinical research ed.).

31 Puede verse la evolución del prototipo ideal de médico desde *Dr. Kildare* (1960) a *Gregory House* (2004), pasando por los médicos de medicina general, desde *Marcus Welby* a los doctores Abbott y Brown de *Everwood* de los hospitales, desde *Ben Casey* (1965) a *E.R. (1995) o Grey's Anatomy (2005),* del médico de medicina general, desde *Marcus Welby* a *Private practice*, o el desarrollo del mercado privado. Lo mismo vale por el rol de la enfermera desde asistenta, acompañante, casi invisible en muchas de las series citadas, hasta convertirse en el rol principal y autoritario en *Hawthorne*, *Nurse Jackie*, *Bodies* o *Mercy*.

32 Davin (2003) comparó la percepción diferencial de los espectadores entre series, *soap operas* y documentales.

33 <http://www.imdb.com/title/tt0318883/?ref_=fn_al_tt_1>.

34 Aunque la producción de muchas series USA han sido externalizadas a Canadá, la ambientación refleja los Estados Unidos, no la sanidad pública canadiense.

At the last but not the least, como en el pasado sucediera con la literatura de popularización, la ficción literaria o el cine, los *medical dramas* intervienen en la producción cultural de prototipos ideales de profesionales (Strauman y Goodier, 2011), instituciones y de sus formas de organización del espacio y de los rituales (Lepofsky, Nash, Kaserman y Gesler, 2006), y representan la concepción hegemónica de la salud y la enfermedad.[35] Sin embargo, hay una evolución desde las series primitivas muy personalizadas en médicos varones a productos muy corales, en los que los equipos asistenciales tienen una enorme diversidad ética y de género (Ye y Ward, 2010) con relaciones más horizontales entre médicos y enfermería[36] y donde las relaciones de género no se limitan al sexo o al amor, sino que ponen de relieve las (re)distribuciones de tareas, un papel creciente de mujeres protagonistas, y el despliegue de la gestión de la diversidad cultural y social a través de temas como la migración, las amputaciones voluntarias (Hurtado, 2012) o las intersexualidades (Gregori, 2011). Las imágenes de los médicos son menos positivas que antaño e influyen aparentemente en las relaciones médico-paciente (Stinson y Heischmidt, 2012). En cambio, el pluralismo asistencial suele ser tratado con displicencia, puesto que, como veremos, podría rebasar determinados límites.[37]

El prototipo ideal del buen doctor

Los protagonistas de los *medical dramas* son, sobre todo, médicos o enfermeras hospitalarios y, con menor frecuencia, médicos de medicina general. No cabe duda de que entre estos últimos la referencia fundamental fue el procedimental *Marcus Welby,* que en los Estados Unidos sigue siendo hoy la referencia del prototipo ideal de buen doctor en los debates políticos sobre la atención profesional. Welby representa una tradición cuyas raíces se hallan en la ética neohipocrática y en la necesidad de legitimar la

35 Ver también Reagan, L J.; Tomes, N; Treichler (2007) y la segunda edición ampliada de Turow (2010), así como Dans (2000).

36 Tanto *Nurse Jackie* o la enfermera Hathaway de *E.R.* muestran su autoridad por encima de los médicos. En *Grey's Anatomy,* Nurse Debbie se venga de Cristina Yang por su falta de respeto a las enfermeras pasándole solo los buscas de cuidado. Sobre el valor etnográfico de las series en enfermería ver Mikulencak (1995).

37 Prácticas alternativas aparecen en *Private practice, Everwood y Northern Exposure*.

profesión médica en el estado moderno, y cuya teoría de la relación con el paciente sistematizaría Laín-Entralgo (1964), aunque el modelo se construya durante el siglo xix y Welby no fuese, ya en su tiempo, el epígono del médico enciclopédico, amigo de sus enfermos, brillante en el diagnóstico, con capacidad humana y esencialmente solitario, representado en la novela (Wicclair, 2008) y en la cinematografia (Comelles, 2007; 2008). Cada caso —que resuelve en su despacho, a domicilio o en el hospital al que lleva a sus enfermos con un ayudante y una enfermera— ofrecía un panorama de lo que eran las inquietudes de salud y los malestares de la clase media norteamericana de finales de los sesenta. Su práctica debió ser chocante en la España franquista, donde la demanda tenía poco que ver con la suya, puesto que no era «un médico de mutua» ni del «seguro», ni representaba la atención primaria según Alma-Ata. Sus casos de entonces, sin embargo, y quizás por esto se mantiene su memoria, sí revelaban una rápida transición de una medicina «heroica» a una medicina de malestares urbanos y cotidianos y reflejaban la demanda social de atención para todo tipo de problemas, desde enfermedades somáticas convencionales, a problemas sociosanitarios en todas las generaciones, casuísticas que planteaban dilemas éticos, controversias morales, o crisis relacionales que desbordaban el soporte social de los grupos primarios.[38]

El médico presentado en *Northern Exposure* (Doctor en Alaska) significa una cierta ruptura con el modelo Welby. El protagonista es un médico judío, joven y neoyorkino que, una vez terminada su residencia, debe aceptar un empleo de médico de pueblo en Alaska, y quedar expuesto ante el juicio de sus vecinos en un entorno que no entiende y que tardará en entenderlo. Aunque el argumento se centra mucho más en el contraste ciudad y campo remoto, la serie describe razonablemente bien la incapacidad inicial del nuevo médico formado en universidades de primera fila para entender y adaptarse al contexto social y cultural en el que se encuentra, y que era algo normal en la práctica de Welby.

Una década más tarde, el doctor Brown, un neurocirujano neoyorkino muy prestigioso, rico y recientemente enviudado, se exilia como médico de pueblo a *Everwood*. Orientada a un público familiar, la serie contiene una amplísima casuística y muchos apuntes etnográficos referidos a un nuevo perfil de profesional con un trasfondo técnico sofisticado de me-

38 Tras Marcus Welby la novela de Winckler y Caro diario (Moretti, 1993)

dicina de alta tecnología. Los guionistas introdujeron elementos críticos de debate desde la problemática del pago por visita a una amplia panoplia de temas polémicos en los que se adivina la voluntad de debatir algunas cuestiones cruciales en la sociedad norteamericana, como el sexo adolescente, los abortos o, en un episodio memorable, los implantes de pecho de una *cheerleader* adolescente, o si deben darse antidepresivos a una menor de edad o Ritaline a los escolares. Asimismo, uno de los arcos argumentales es el contraste ideológico y la rivalidad profesional entre el Dr. Abbott —médico de pueblo republicano que nunca ha salido de este—, el Dr. Brown —un liberal— y, en la segunda temporada, la Dra. Abbott —hermana del primero que procede de la medicina de cooperación internacional y que emplea medicinas complementarias—. Esto no conduce a una actitud maniquea por parte de los *showrunners*, sino que, por el contrario, pone de relieve cómo los prototipos ideales son mucho más fluidos e intercambiables en un contexto de pluralismo asistencial. Desde este punto de vista, *Everwood*, una serie «familiar» de adolescentes, que puede producir inicialmente cierto rechazo, contiene en su interior suficientes elementos etnográficos críticos como para que merezca alguna atención.

No nos cabe ninguna duda de que, más recientemente, Gregory House[39] —o *Nurse Jackie*— se ubican en un proceso de deconstrucción del prototipo ideal de médico y de enfermera. Si el Dr. Brown en *Everwood* es un personaje atormentado, que comete errores, en buena parte como consecuencia de sus orígenes como cirujano de élite, el cinismo de House se asocia a una gran eficacia resolutiva. Frente a sus antecesores, gentes que dudan, conocedoras de sus limitaciones, House es un director de orquesta —que no prescinde de su experiencia y ojo clínico—, pero necesita un dispositivo diagnóstico carísimo. Todos los médicos de familia citados viven en un contexto que deben conocer, comprender y aprender a manejar,[40] House vive en un decorado hospitalario minimalista, puesto que el proceso intelectual que le lleva al diagnóstico ocupa el centro absoluto y no da valor al contexto.

Nurse Jackie, presentada como una secuela de *House M.D.*, es otra cosa, especialmente en su primera y segunda temporada, en las que los

39 House ha dado lugar a una inmensa bibliografía.

40 Véase especialmente el episodio en el que se discute el aborto de una adolescente y en el que se sintetizan las contradicciones de unos y otros, o el episodio relativo a la plantación de marihuana en el pueblo, que la florista cultiva para ofrecerla a los enfermos de cáncer.

guionistas consiguen, sobre la base de un naturalismo crítico, una reivindicación de la profesionalidad de la enfermería de altísimo nivel a partir de una serie de situaciones perfectamente descritas que ponen de relieve las interacciones entre médicos, enfermeras y pacientes en torno a una serie de episodios críticos.

Hospitales norteamericanos, británicos y españoles

Con el objeto de discutir brevemente las relaciones entre la universalización de los *medical dramas* y sus dimensiones culturales idiosincrásicas, hemos escogido los primeros episodios de las primeras temporadas de *E.R.*, *Hospital Central, Bodies* y *Grey's Anatomy*, todas ambientadas en hospitales, las tres primeras en servicios de urgencias y la última en un servicio de tocoginecología que incorpora urgencias.[41] *E.R.* y *Bodies* fueron escritas por autores con formación sanitaria. *Hospital Central* deriva de *E.R.*, tanto en sus guiones como en sus personajes. *E.R.* y *Bodies* se filmaron en escenarios naturales, las otras dos, en estudio.

E.R. tuvo vocación documental sobre las urgencias de un hospital público norteamericano y sus condiciones extremas de trabajo. Los espacios del servicio, salas de espera, salas de trabajos de los médicos y de descanso y los boxes para los enfermos se describen bajo una óptica naturalista. No hay casi exteriores y el conjunto es claustrofóbico.[42] Las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes se representan a partir del sentido común, y hay un muy buen trabajo para distinguir las jergas profesionales de las relaciones con pacientes y familiares. En general, los médicos y las enfermeras — incluido un George Clooney entonces desconocido— son gente normal de aspecto vulgar, en ningún caso dioses o diosas, y que

41 Dos norteamericanas separadas por diez años, una española directamente inspirada en *E.R.* y una británica, *Casualty*, no estaba disponible aunque también está ubicada en urgencias.

42 Véase el episodio piloto de *E.R.* 1x01, los primeros 5 minutos, por ejemplo.

deben asumir costes familiares,[43] opciones personales[44] o económicas,[45] ritmos de trabajo duros con ganancias bajas. Hay constantes referencias a la organización del servicio, a su funcionamiento cotidiano y a las formas de socialización y aprendizaje de los novatos.[46] El personal está descrito como un equipo, con un equilibrio de roles que rompe con los estereotipos de series anteriores. Las enfermeras pertenecen a estratos generacionales distintos, se visten y peinan como la gente de la calle. El papel de la enfermería es muy importante en numerosos procesos de mediación con los enfermos y sus familiares. Hay numerosos apuntes respecto al problema de la financiación de la estancia, incluso en la fase de admisión de los enfermos, así como una cierta consideración por parte de las enfermeras del contexto del paciente, de los problemas de atención en las salas de espera e interpretaciones brillantes sobre la epidemiología social y cultural de la demanda.

Hospital Central se emitió cinco años más tarde, encargada por una cadena privada española del grupo Mediaset. Filmada en plató, y a pesar del diseño de producción, los espacios están mucho más vacíos, hay una obvia limitación de detalles, de tal modo que, para el espectador español, si *E.R.* muestra un servicio de urgencias muy parecido al de los hospitales públicos europeos, el diseño de producción de *Hospital Central* corres-

43 Dr. Greene tiene hasta el día de su separación problemas con su mujer por los horarios infernales y el sueldo. Hay numerosas quejas de los profesionales de urgencias sobre la cantidad de trabajo, la falta de horas de sueño a causa de los turnos (los personajes ni tienen tiempo de salir un momento o mirar por la ventana para saber si nieva o hace sol), así como sobre su retribución a pesar de lo que opina la sociedad del trabajo de un médico. La visita que el Dr. Greene hace al estudio médico privado organizado por su mujer (32'20" a 34'35" de 1x01) destaca las diferencias entre una atención privada (el mundo descrito en *Private Practice*) y la de urgencias en un hospital público. La familia, la conciliación entre vida profesional, personal y familiar, es un tema muy presente en los diálogos entre profesionales de *E.R.*

44 El paciente pregunta a la Dra. Susan Lewis: «usted es guapa doctora… ¿está casada?» Dra. Lewis: «No, soy médica» 7'46" a 7'51" de 1x01.

45 El Dr. Benton, en un enfrentamiento con la enfermera jefa, Carol Hathaway, en la sala de descanso, subraya: «[…] 36 horas de trabajo por 8 horas de descanso; 90 horas por 52 semanas al año por 23.739 dólares brutos…» 11'33" a 11'57" y 12'14 a 12'40" de 1x01.

46 De alto valor etnográfico es la breve descripción del Dr. Benton a Carter (15'03" a 16') sobre cómo funciona un servicio de urgencias, que incluye también detalles como: «Este es Tym, no le deis la mano que tiene miedo a los contagios», así como consejos de estrategias de comunicación con los pacientes (17'49" a 17'51") o como cuando se le explica al estudiante que debe comer cuando se lo digan porque luego no sabe si va a tener tiempo para cenar (30'18" a 30'43").

ponde más bien a los hospitales privados españoles, aunque las tonalidades blancas y azules dominantes la vinculen al azul que identifica los servicios de salud públicos españoles. Aunque el primer episodio narra los efectos de un accidente masivo, su representación es menos voluntariamente caótica que en *E.R.*, con el objeto de dar una imagen positiva de los modelos de organización de las crisis. La descripción de los profesionales es más jerárquica y las enfermeras corresponden a estereotipos clásicos: mujeres guapas, jóvenes y subordinadas. Es la única de las cuatro series donde enfermeras y pacientes se tocan y bromean no solo durante las prácticas de cuidados, algo comúdicoa, y un segundo que limita de dos niveles de censura: uno el impuesto por los ideal type de m con pacientes y familiares. En en las instituciones españolas. La serie rezuma dos niveles de censura: uno, el impuesto por los prototipos ideales de médicos a partir de supervisores corporativos, y el negarse a un registro naturalista que probablemente hubiese implicado presiones políticas en caso de tratar la situación de los hospitales públicos en la clave crítica que adopta *Bodies* de la BBC. Aunque existe una indefinición buscada sobre el carácter público o privado del hospital, algunas de las anécdotas relacionales ponen de relieve rasgos culturales propios de la cultura organizacional de la Seguridad Social en España[47] y las referencias a lo económico, a diferencia de *E.R.*, nunca tienen que ver con los seguros individuales de los pacientes, sino con la provisión de recursos a la institución. *Hospital Central* se inscribe rígidamente en el modelo médico hegemónico. El sentido común desaparece, «no se baja al suelo» y los discursos médicos «son discursos médicos» sin salirse de las pautas, de modo que tienen una menor espontaneidad y limitan el valor etnográfico del conjunto.[48]

47 El orden de prioridades se explica al espectador durante el primer episodio de la primera temporada. Un paciente acude a urgencias quejándose de un problema no urgente, la enfermera y el médico responsables del triaje le aconsejan presentarse a otro centro médico, ya que el hospital está atendiendo el accidente del autobús escolar. El paciente insiste: «lo mío es grave» (21'48" a 22'10"). O bien, cuando el Dr. Santiago Bernal explica al padre de un paciente ingresado por un gesto suicida los tiempos de urgencias, es decir, que hay poco espacio para poder hablar de los problemas con los pacientes (53'55" a 54'11").

48 Resaltamos en el segundo episodio de la primera temporada la afirmación del médico responsable de urgencias, el Dr. Santiago Bernal: «Como médico separo completamente lo profesional de lo personal» (22'54" a 22'57"). Perfecto ejemplo del modelo médico hegemónico. Asimismo, en el episodio tercero, cuando el Dr. Santiago Bernal reprocha a la pediatra por su falta de criterio, de responsabilidad y error de evaluación cuando deriva a una paciente embarazada a la sala de rayos X porque ha dado más importancia al diagnóstico elaborado por

Bodies, producida por la BBC, deriva de un libro y la serie tenía un desarrollo cerrado en diecisiete episodios sin vocación de continuidad, a diferencia de las otras que tienen una estructura procedimental abierta. Sus guiones están muy cuidados y su cinematografía es más sofisticada y menos funcional que la de las series norteamericanas o españolas. Se filmó en un hospital público y tiene voluntad documental y etnográfica en consonancia con el libro del que procede. La narrativa de los espacios y la narrativa de las relaciones sociales, personales y profesionales están extremadamente cuidados, los roles profesionales y estamentales quedan muy bien definidos con un especial interés por mostrar no solo la cotidianeidad como en las otras series, sino muy especialmente los efectos de los modelos organizacionales[49] y de los conflictos estamentales en la salud de los enfermos, así como los silencios corporativos en torno a los errores médicos.[50]

Pone de relieve los roles de los médicos de distinto nivel: jefes de servicio, residentes, etc. y de la enfermería, y la complejidad de funcionamiento de un hospital universitario, que debe sostener investigación para financiarse,[51] y ofrecer resultados para recibir la financiación básica dentro del *public managed care*. Los guiones presentan errores médicos, éxitos, imposiciones administrativas y aquellas que llegan de los pacientes[52] en los procesos de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, incluso

---

la propia paciente que a los hechos científicos. Allí le recuerda duramente que la medicina que se aplica es «solo lo que vemos». Otro principio clave del MMH (13'45" 14'20" a 14'32").

49 Valga como ejemplo cuando las enfermeras llevan el desayuno a una paciente que quedó paralizada tras una cesárea de emergencia con muerte fetal. Ninguna de estas piensa o recuerda que la mujer necesita ayuda para comer ya que el marido, el cuidador principal de ella, no está presente. Cuando el marido vuelve se pone como una furia por la falta de atención y cuidado a su mujer (40'26" a 44'03" del 1x02).

50 Véase en el primer episodio de la primera temporada la equivocación de nombres en la sala de operación entre dos pacientes o la muerte de una mujer a causa de la inhabilidad del interno al practicar una tricotomía (30'46" a 31'32").

51 Dr. Tony Whitman recuerda a la Dra. Polly Grey el dinero que les llega de la industria farmacéutica y, a pesar de que ella todavía no tenga los datos suficientes para entregar la investigación, insiste en que empiece ya el ensayo clínico sobre TSF (trastorno sexual femenino) (1'13" a 2'08" de 1x02).

52 Una paciente insiste en que quiere una cesárea durante las fases de inicio del parto, la Dra. Polly le explica que operarse tiene riesgos y que todo procede bien, por tanto, será un parto natural. La paciente se pone agresiva y le dice que el marido es abogado y que si le pasa algo a ella o al bebé la denunciará. Polly cede y procede con una cesárea (1'20" a 1'44" de 1x03).

corrupción,[53] y, como en *E.R.*, todos los personajes tienen el carácter de gente de la calle en un esfuerzo riguroso de naturalismo etnográfico.[54] Con una estructura menos coral que las otras, describe de modo impecable escenas de práctica clínica cotidiana. La etnografía del hospital se ajusta razonablemente bien a los modelos de gestión del sector público, y a los modelos de carrera profesional europeos.

Grey's Anatomy es algo distinto, coetánea de House en el 2004, su diseño de producción y sus líneas argumentales la acercan más a *Hospital Central* que a las demás. Se centra en las relaciones personales y privadas de los protagonistas con el telón de fondo de un servicio de cirugía donde reina la competitividad y en una concepción fuertemente endiosada de la especialidad.[55] Aunque la representación de lo que hace referencia a la salud es correcta, como en *Hospital Central*, muchos de sus rasgos recuerdan las relaciones sociales descritas en los *TV shows* para adolescentes, con la diferencia de una mayor permisividad en las escenas de sexo. Si en *House* la presencia de los profesionales no médicos (enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) es prácticamente nula, en *Grey's Anatomy* se les utiliza

53 Dr. Tony Whitman explica al Dr. Rob Lake que los médicos tienen el deber de «cubrirse entre ellos» (6'00" a 6'50" de 1x02) y a veces el sistema falla, por tanto, acaban encubriendo a personas no competentes como el Dr. Roger Hurley. Del mismo tema se habla en el episodio 3: 44'10" a 45'.

54 También en el primer episodio de la primera temporada, tras el fallecimiento de la paciente, el médico residente reconforta a su interno subrayando el hecho de que un médico se puede equivocar: «no somos maquinas […] error aislados, accidentes […] no tienes la culpa», el Dr. Roger Hurley al Dr. Rob.

55 La charla inicial del Dr. Weber a los nuevos residentes contiene un mensaje muy claro: la cirugía no es para todos, concepto que se va a repetir muchas veces durante el primer episodio de forma más o menos explícita. Esta idea fundamenta y justifica la dura formación (horario *non stop*) y la falta de respeto que los residentes tienen por sus internos: «Sois unos don nadies», dice la Dra. Baile a los cuatro internos, «Eres idiota», dice en la sala de operaciones el Dr. Burke a George. También el Dr. Burke afirma tras la muerte de un paciente también en la sala de operaciones que solo Dios puede decidir o prometer algo aunque «nunca le ha visto coger un bisturí en las manos» (28'62" a 29'18" de 1x01), parece casi afirmar que el cirujano hace algo que tampoco Dios ha hecho: operar. Mitificación de la especialización. Muchas veces, en los episodios sucesivos hay bromas sobre las otras especializaciones, en particular urgencias, psiquiatría y obstetricia, para subrayar que como la cirugía no hay nada (la más difícil, la más compleja, etc.). En esta misma línea se inscribe también la reunión que organiza el Dr. Shepherd para solucionar el caso de una joven paciente, en perfecto estilo House (pidiendo un diagnostico diferencial a sus internos), donde afirma: «algo raro para un cirujano», como diciendo que pedir ayuda no entra dentro de las funciones del buen cirujano.

para evidenciar sus relaciones amorosas con los médicos, recuperando un viejo estereotipo sobre las enfermeras, pero en este caso, tanto médicos como médicas, ligan con el personal no médico. El papel de enfermera (aquí sí, siempre femenino), se emplea en forma despreciativa para subrayar una vez más el rol de poder de los cirujanos respecto a las otras profesiones sanitarias.[56] En *Hospital Central* el modelo propuesto es hegemónico, está presente el prototipo ideal de médico capaz de controlar y gestionar sus emociones frente a los pacientes, el sufrimiento y la muerte.[57]

A pesar de los elementos comunes a las cuatro, que podríamos calificar de mínimo común denominador internacional, las diferencias son notables e interesantes. *E.R.* y *Bodies* comparten una explícita voluntad documental, pero desde dos perspectivas etnográficas distintas: *E.R.* correspondería a la *clinically applied anthropology*, una mirada relativista que pretende mostrar antes que juzgar, mientras que la perspectiva etnográfica de *Bodies* se aproxima a la *critically applied anthropology*. Esta distinción no es irrelevante, ya que los materiales con valor etnográfico de ambas pueden emplearse en la formación de sanitarios y antropólogos médicos por su calidad documental. Ahora bien, donde difieren ambas es en la estrategia interpretativa de los datos etnográficos: donde *E.R.* muestra y deja la interpretación en manos del espectador que debe intuir el contexto económico político, *Bodies* lo incorpora explícitamente. En ambos casos se pretende, no únicamente el entretenimiento, sino una toma de conciencia muy explícita, pero muy sesgada culturalmente, y que diferencia a los Estados Unidos del Reino Unido.

Paradójicamente, *Hospital Central* y *Grey's Anatomy* tienen bastantes puntos en común. No tienen una explícita voluntad etnográfica, sino la de emplear el sector de la salud como la arena de un *storyline* folletinesco, muy lejos de buscar la complicidad del espectador para crear conciencia civil. Las diferencias entre la norteamericana y la española sí se sitúan en los modos como los géneros de la comedia o del folletín se registran en

56 Una paciente a la Dra. Meredith Grey: «Me atendió alguien más competente y era solo una enfermera». En un enfrentamiento, Alex, otro especialista, llama «enfermera» a Meredith (17'60" a 18'28" de 1x01).

57 Al final del primer episodio, Meredith, después de una situación en la que tiene que actuar con prisa para salvar a su paciente, sale corriendo fuera del hospital y vomita. Cristina la sigue y Meredith le comenta, sin mirarla a la cara: «no se lo digas a nadie». O bien en el episodio 3 de la primera temporada, cuando Cristina le dice a Izzy: «piensa como un médico» en referencia al paciente en coma irreversible (8'00" a 8'18").

ambas producciones, en *Grey's Anatomy* con el tipo de comedia popular destinada a adolescentes o públicos jóvenes, en *Hospital Central* enlazando con la *comedia madrileña*, un género costumbrista presente en el cine español desde el periodo franquista, injertado de influencias de la comedia cinematográfica italiana de derechas. Aun así, marginalmente, ambas aportan algunos rasgos etnográficos.

La medicalización de los malestares

Si la evolución mayoritaria de los *medical dramas* tiene lugar en el hospital y en unos prototipos ideales de médico y personal sanitario, que, aunque humanos, tienen un perfil razonablemente positivo, la tercera fase del proceso de medicalización alumbra dimensiones inéditas relacionadas con las transformaciones del negocio sanitario, especialmente en la sociedad norteamericana. Se trata de un sector que queda fuera de la cobertura de los sistemas de seguro social europeos y que tiene que ver menos con la enfermedad que con determinadas concepciones de la salud, y con la posibilidad, por la vía de lo privado, de recibir determinados estilos asistenciales que incluyen no solo la atención técnica, sino algo más. Vamos a emplear para ello dos ejemplos particularmente interesantes, *Nip/Tuck* y *Private Practice*, aunque cabría introducir asimismo el caso singular de *In Treatment*. *Nip/Tuck* parte de una premisa: el éxito de la cirugía estética como herramienta de modelado del cuerpo. Sus dos protagonistas inician la mayor parte de episodios con un «qué no le gusta de su cuerpo» y, a partir de ello, la serie presenta una casuística enorme que sospechamos que deriva de casos reales en la mayoría de ocasiones. Desde el punto de vista narrativo, la serie presenta la cirugía plástica como una especialidad extremadamente agresiva, pero los debates sobre los casos, especialmente en las tres primeras temporadas, tienen mucho interés, puesto que reflejan modos de percepción del propio cuerpo, de su integridad y género particularmente interesantes, aunque en general no tratados desde una perspectiva naturalista, sino casi esperpéntica. La serie explota la condición cínica inherente a este tipo de clínicas, pero con independencia de la situación personal de los protagonistas, el tratamiento de muchos de los pacientes es particularmente interesante porque representan muy bien el contexto económico, cultural, social y personal en el que se inserta el negocio de la salud. La imagen de los médicos se aleja del prototipo ideal en

la medida en que son los simples ejecutores de los deseos de los pacientes, por eso, en toda la serie, el negocio está muy presente y, aunque los dos socios aparezcan como dos polos, no lo son, sino que pueden tener actitudes intercambiables.

Private practice —Sin cita previa en España— fue un *spin-off* de *Grey's Anatomy*. El punto de interés es la medicina singularizada, cómo en la práctica privada y a un coste exorbitante puede existir una clientela que exija un nivel de atención singular, privado, una expectativa acorde con el desarrollo de un nuevo mercado de servicios de salud. En ella se intercalan historias de sexo entre los personajes con los padecimientos de una clase específica de pacientes. Generalmente acuden parejas con problemas de fertilidad, donde los temas éticos siempre determinan la originalidad de las historias,[58] familias que necesitan una atención pediátrica o situaciones que requieren el auxilio de dos psiquiatras psicoterapeutas. La narración se desarrolla alrededor del papel ideal de un médico, el centro de cada episodio es la discusión acerca del límite de las intervenciones, de las manipulaciones, de cuándo y cómo interferir, ayudar, abandonar o conseguir la voluntad del paciente. Todo envuelto de una moral burguesa, conservadora y muy norteamericana. El caso o los casos clínicos los abordan simultáneamente los terapeutas, aplicando el lema del cuidado holístico al paciente (y a sus familiares), incluyendo profesionales alternativos, expertos en medicinas tradicionales y enfermedades infecciosas, que usan acupuntura y hierbas para aliviar los dolores del parto o reducir los efectos de la quimioterapia. La serie tiene una doble cara: una central, alternativa, holística, caracterizada por el trabajo de equipo, con una atención individualizada y de alta calidad en la que las historias se articulan en el Ocean Side, el nombre del centro médico privado en Santa Mónica, cerca de la playa, donde el estilo de vida californiano contagia incluso al administrativo (que durante las pausas laborales sale en bañador para practicar surf). La otra, estrechamente biomédica, rodada en una sala de urgencias y en los quirófanos de un hospital donde cada miembro del Ocean Side completa su horario laboral, vuelve a la bata y opera, trasplanta órganos, utiliza fármacos y es una alternativa a la masificación de la atención sanitaria.

58 Un trío sentimental que buscan un hijo, una abuela que dona su útero a la sobrina, etc.

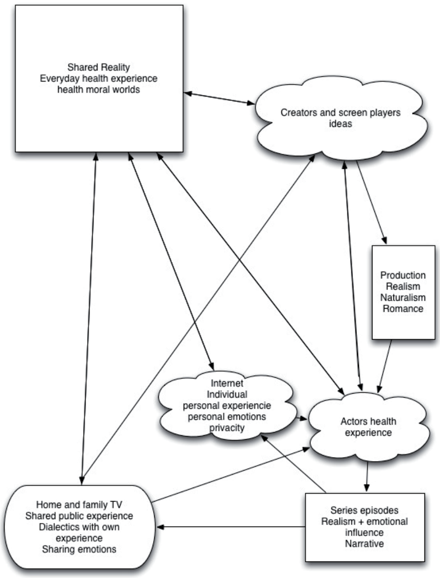
Los medical dramas y el proceso de salud, enfermedad y atención

Apuntado el valor etnográfico presente en estos —pero también en otros *medical dramas*, especialmente los que muestran a los médicos de medicina general, *Marcus Welby*, *Everwood o Northern Exposure*—, nos queda abordar su significado en la construcción cultural de los procesos de salud, enfermedad y atención de los espectadores. ¿Hasta qué punto estos, construidos sobre la suma de experiencias cotidianas, básicamente en relaciones cara a cara compartidas entre los ciudadanos y profesionales, no se transforman por el papel que, en la intimidad de nuestro domicilio, juega la pantalla del televisor? Hemos pensado que la etnografía como instrumento de representación de la realidad ha tenido siempre la capacidad de evocar en el lector —ahora en el espectador— dramas humanos con independencia de las diferencias culturales. La etnografía es un maravilloso instrumento reflexivo para repensar la cultura biomédica (Martínez-Hernández, 2006; Brigidi, 2009). Es una práctica orientada al compromiso social, en un sentido más hipocrático (Comelles, 1998), y puede representar un método de evaluación al servicio de los dispositivos sanitarios. En ella se observa y escucha a todos los actores presentes en el escenario. La etnografía en el contexto sanitario evidencia las discordancias, las etiquetas locales de cada uno de los sujetos, la manera de concebir los malestares, las prácticas y los cuidados (Brigidi, 2009); la dimensión etnográfica de los *medical dramas* también, por malos que sean. Durante décadas, una única pantalla congregó una audiencia familiar o vecinal —los teleclubs españoles de los sesenta por ejemplo—.[59] Más tarde, esta dimensión se ha ido disgregando con proliferación de receptores en las casas y más seccionada demográficamente.[60] Esas experiencias colectivas estaban condicionadas por los horarios de emisión y el limitado numero de canales. La contención narrativa de *Dr. Kildare, Ben Casey* o *Marcus Welby* se movía en las coordenadas del buen cine realista, capaz de controlar las emociones por la voluntad educativa subyacente en producciones aptas para cualquier edad y que correspondía al principio de la divulgación de las bondades de la medicina hegemónica.

59 Recuperados por el uso colectivo de la televisión en bares para ver partidos y acontecimientos deportivos. Este espacio sigue vivo en la producción de series: productos como el *medical drama Everwood* (2002-2006) se describen como *family shows* y se emiten en horarios familiares con la intención de atraer un público lo más amplio posible al existir tres arcos argumentales generacionales: adolescentes, padres y abuelos.

60 Incluso en los Estados Unidos donde NBC, CBS y ABC copaban las audiencias mediante la sindicación con las emisoras locales.

Esto ha cambiado. La globalización, cuya punta de lanza es la atomización del mercado audiovisual, ha conducido a la especialización mediante todo tipo de criterios, de género, culturales o demográficos. Las tórridas raciones de sexo de *Grey's Anatomy, Nip/Tuck, Private Practice* o *Nurse Jackie* son posibles por la posibilidad de visión a la carta, independiente de horarios, en ordenadores portátiles, teléfonos inteligentes, iPods o tabletas.[61] No solo representan una mayor permisividad moral —que sería la explicación sencilla—, sino que son necesarias para aproximarlas al universo de los *reality shows* donde los límites entre realidad y ficción se difuminan. La experiencia derivada de lo visto individualmente no da espacio a la discusión o al comentario con los pares —salvo en la esfera de las redes virtuales donde reinan las quimeras—, sino a partir de la exclusiva experiencia individual. Y esto plantea algunas cuestiones que nos parecen relevantes en relación con la construcción del proceso de salud, enfermedad y atención, que hemos representado en el diagrama de la figura 1:



61 El cine basado en salas de exhibición no tenía la cotidianeidad ni la ubicuidad que va a tener la televisión, ni mucho menos el papel hegemónico que esta ha jugado entre 1950-60 y el fin de siglo. Internet no emite masivamente vídeo. Sobre formatos de vídeo ver Cuadra-Colmenares y López-Yebes (2008).

El blanco del papel es la arena social en la que se construye el proceso de salud, enfermedad y atención. Las interacciones entre los actores sociales, desde los creadores y guionistas a los actores y los espectadores, constituyen un espacio complejo con distintos niveles de interpretación y de *playing.* La amplitud de los elencos de las series corales busca en sí misma ampliar el espectro de la comunicación con los espectadores, puesto que solo la difusión masiva de los *medical dramas*, en cadenas lo más generalistas posibles, garantiza la viabilidad de los productos.

A modo de conclusiones

Tenemos más preguntas que respuestas, más hipótesis que tesis. Era importante poner de relieve ante todo que los *medical dramas* no pueden —ni deben— reducirse a la condición de entretenimiento, incluso en aquellos casos en los que la representación resulta menos válida por parte de la antropología médica. Lo poroso en los límites entre ficción y realidad invita a ser muy prudentes. Materiales poco rigurosos, pero con un lenguaje simplista, pueden tener un impacto muy superior a narrativas mucho más sofisticadas situadas en el límite del documental, también en la docencia.

En segundo lugar, la etnografía en los *medical dramas* abre perspectivas de investigación en la construcción del proceso de salud, enfermedad y atención y de la experiencia personal y colectiva en contextos culturales —*ethnoscapes*— actuales. Tiene, desde muchos puntos de vista, una función *cognoscitiva* y *formativa* porque crea reflexiones, debates y permite criticar e interpretar la realidad sanitaria en la que vivimos. Mientras es difícil que alguien pueda convertirse en Jack Bauer, en el Almirante Adama o en el detective Mc Nulty, todos los espectadores de *medical dramas* tropezamos con una realidad que puede ser la nuestra, reconocemos a Gregory House o a *Nurse Jackie* o aspectos de los hospitales a los que acudimos. Reconocemos las discusiones relativas a la toma de decisiones, o nos identificamos con un sufrimiento ajeno que en algún momento de nuestra vida también fue nuestro. Paul Valéry habló del cine como un *divertissement pour ilotes*. Nosotros hablábamos de la televisión como la *silly box.* La caja se ha hecho mayor y se ha convertido en un espejo con el que dialogamos, un día sí y otro también, en una suerte de amigo invisible que acompaña nuestra soledad y vela por nuestros malestares (y que también sabe definirlos e identificarlos).

Filmografía

Moser, J. E. (1961-1966) *Ben Casey.* Estados Unidos. (TV Series).
Mercurio, J. (2004-2006) *Bodies***.** Reino Unido. (TV Series).
Brock J. y Unwin P. (2006-2009) *Casualty*. Reino Unido. (TV Series).
Komack, J. (1961-1966) *Doctor Kildare*. Estados Unidos. (TV Series).
Crichton, M. (1994-2009) *E.R.* Estados Unidos. (TV Series).
Victor, D. (1969-1976) *Marcus Welby***.** Estados Unidos. (TV Series).
Brand, J. y Falsey, J. (1990-1995) *Northern Exposure***.** Estados Unidos. (TV Series).
Brixius, L.; Dunsky, E. y Wallem, L. (2009-actual) *Nurse Jackie.* Estados Unidos. (TV Series).
Murphy, R. (2003-2010) *Nip/Tuck***.** Estados Unidos. (TV Series).
Rhimes, S. (2007-2013) *Private practice***.** Estados Unidos. (TV Series).
Chase, D. (1999-2007) *The Sopranos***.** Estados Unidos. (TV Series).
Simon, D. (2002-2008) *The Wire***.** Estados Unidos. (TV Series).
Rhimes, S. (2005-2014) *Grey's Anatomy***.** Estados Unidos. (TV Series).
Hursley, D. y Hursley, F. (1963-Presente) *General Hospital*. Estados Unidos. (TV Series).
Berlanti, G. (2002-2006) *Everwood.* Estados Unidos. (TV Series).
Ward, A.C. y Glicksman, F. (1969-1979) *Medical Center.* Estados Unidos. (TV Series).
Gelbart, L. (1972-1983) *M.A.S.H.* Estados Unidos. (TV Series).
Herdert, B. (1965-1967) *The Nurses.* Estados Unidos. (TV Series).
Brand, J.; Falsey, J.; Masius, J. y Tinker, M. (1982-1988) *St Elsewhere.* Estados Unidos. (TV Series).
Masius, J. (2009-2011) *Hawthorne.* Estados Unidos. (TV Series).
Berlanti, G. (2002-2006) *Everwood.* Estados Unidos. (TV Series).
Díaz Polo, J. (2000-2012) *Hospital Central.* España. (TV Series).
Shore, D. (2004-2012) *House M.D*. Estados Unidos. (TV Series).

Bibliografía

Altman, L.K.; Horton, R.; Nelkin, D.; Semir V. de; Turney, J.; Turow, J.; Radford, T. y Wilkie, T. (1997) *Medicina y Medios de comunicación*. *The Lancet*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Arawi, T. (2010) «Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students». *Medical teacher*, 32(5): 205-10.

Bachtin, M. M. (1988) *L'Autore e l'eroe: teoria letteraria e scienze umane.* Turin: Einaudi.

Beca, J. P., y Salas, S. P. (2004) «Medicina en Televisión: ¿un problema ético?». *Revista médica de Chile*, 132(7): 881-885.

Brigidi, S. (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración Latina en Barcelona y Génova.* Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

Brigidi, S. y Comelles, J.M. (2014) «La mirada (auto)etnográfica de tres comadronas y su traducción (cinemato)gráfica. Los vericuetos del yo autoral». *Revista de Medicina y Cine*, 10(4), pp. 174-182.

Collee, J. (1999) «Medical fiction». *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7189): 955-6.

Comelles, J. M. (2007a) «De Marcus Welby a Georges House: les ambivalences de la pratique médicale au tournant du siecle». En G. Obadiia, Lionel; Carret (Coord.), *Representer, classer, nommer. Regards croisés sur la medecine*. EME, 111-128.

— (2007b) «Feelings, distance and emotions in medical practice». En E. Dongen y R. Kutalek (Coord.), *Facing distress. Distance and proximity in times of illness*). Wien: Lit Verlag, 104-133.

— (2015) «Series de televisió i la evolució de la pràctica mèdica». *Galens. Revista del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona*, 190 (Juny), p. 32.

Comelles, J. M. y Brigidi, S. (2014) «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in medical tv shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 7:17-34.

Cuadra-Colmenares, E. y López-Yebes, A. (2008) «Cine, fotografía, radio y televisión en la red: formatos multimedia». *Temaria: revistas digitales de biblioteconomia y documentacion*, 69-84.

Czarny, M. J.; Faden, R. R.; Nolan, M. T.; Bodensiek, E., y Sugarman, J. (2008) «Response to open peer commentaries on Medical and nursing students' television viewing habits: potential implications

for bioethics». *The American journal of bioethics: AJOB*, 8(12), W1. doi:10.1080/15265160802595074.

De-la-Camara, J. (1948) *Fisonomía y vida del Hospital Americano. Estampas de un viaje de estudio*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión.

Douglas, P. (2007) *Writing the TV Drama Series: How to Succeed as a Professional Writer in TV*. Michael Wiese Productions.

Eisenman, A.; Rusetski, V.; Zohar, Z.; Avital, D. y Stolero, J. (2005) «Can popular TV medical dramas save real life?». *Medical hypotheses*, 64(4): 885.

Espanha, R. (2002) «Ficció televisiva i construcció de les representacions sobre salut a Portugal». *Portal de la comunicació INCom-UAB*, 11.

Glevarec, H. (2010) «Trouble dans la fiction. Effets du réel dans les séeries télévisees contemporaines et post-television». *Questions de communication*, 18: 215-238. Presses Universitaires de Nancy.

Gordon, P. N.; Williamson, S. y Lawler, P. G. (1998) «As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas». *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7161): 780-3.

Gregori, N. (2015) «De lo soñado a lo posible: las nuevas voces de la intersexualidad». En Brigidi, Serena (Coord.) *Cultura, salud y cine*. Tarragona: Publicacions URV (este volumen).

Hether, H. J.; Huang, G. C.; Beck, V.; Murphy, S. T. y Valente, T. W. (2008) «Entertainment-education in a media-saturated environment: examining the impact of single and multiple exposures to breast cancer storylines on two popular medical dramas». *Journal of health communication*, 13(8): 808-23.

Hurtado, I. (2015) «Cuerpos impropios: amputaciones voluntarias y reflejos mediáticos». En Brigidi, Serena (Coord.) *Cultura, salud y cine*. Tarragona: Publicacions URV (este volumen).

Lait, M. (1987) «The use of soap operas in nurse education». *Nursing standard (Royal College of Nursing*, 14(29), 38-40.

Laín-Entralgo, P. (1964) *La relación médico enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.

Lepofsky, J.; Nash, S.; Kaserman, B. y Gesler, W. (2006) «I'm not a doctor but I play one on TV: *E.R.* and the place of contemporary health care in fixing crisis». *Health & place*, 12(2), 180-94.

Menéndez, E. L. (2005) «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. SciELO Argentina.

Mikulencak, M. (1995) «Fact or fiction? Nursing and realism on TV's newest medical dramas». *The American nurse*, 27(2), 31.

Milla-Santos, J. (2001) «Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva». *Medicina Clinica*, 117(8), 295-296.

O'Connor, M. M. (1998) «The role of the television drama ER in medical student life: entertainment or socialization?» *JAMA : the journal of the American Medical Association*, *280*(9), 854-5.

Perdiguero-Gil, E. y Castejón-Bolea, R. (2010) «Popularizing right food and feeding practices in Spain (1847-1950). The handbooks of domestic economy». *Dynamis* (Granada, Spain), 30, 141-65.

Reagan, L. J.; Tomes, N. y Treichler, P. (Coord.) (2007) *Medicine's Moving Pictures: Medicine, Health and Bodies in American Film and Television*. *Social History of Medicine*. Nueva York: University of Rochester Press.

Sclavi, M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milán: Le Vespe.

Stein, E. (1995) *Sobre el problema de la empatía*. Lomas de Santa Fe: Universidad Iberoamericana.

Stinson, M. E. y Heischmidt, K. (2012) «Patients' perceptions of physicians: a pilot study of the influence of prime-time fictional medical shows». *Health marketing quarterly*, 29(1), 66-81.

Strauman, E. C. y Goodier, B. C. (2011) «The doctor(s) in house: an analysis of the evolution of the television doctor-hero». *The Journal of medical humanities*, 32(1), 31-46.

Strauss, R. M. y Marzo-Ortega, H. (2002) «TV medical dramas - British or American: which approach do you prefer?». *European journal of emergency medicine*, 9(2), 183.

Turow, J. (1989a) *Playing doctor: television, storytelling, and medical power* (p. 315). Oxford University Press.

— (1989b) *Playing doctor: television, storytelling, and medical power*. Oxford: Oxford University Press.

Turow, J. y Gans, R. (2002) *As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas: a Report to the Kaiser Family Foundation*. Menlo Park: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Turow, S. (2010) *Playing Doctor: Television, Storytelling, and Medical Power*. University of Michigan Press.

Van den Bulck, J. J. M. (2002) «The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary

resuscitation by medical professionals». *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 9(4), 325-9.

Weber, C. M. y Silk, H. (2007) «Movies and medicine: an elective using film to reflect on the patient, family, and illness». *Family medicine*, 39(5), 317-9.

Wicclair, M. R. (2008) «The pedagogical value of House, M.D. Can a fictional unethical physician be used to teach ethics?» *The American journal of bioethics: AJOB*, 8(12), 16-7.

Ye, Y. y Ward, K. E. (2010) «The depiction of illness and related matters in two top-ranked primetime network medical dramas in the United States: a content analysis». *Journal of health communication*, 15(5): 555-70.

CINE Y MEDICINA:
IMÁGENES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Carlos Tabernero Holgado
Centre d'Història de la Ciència – Unitat d'Història de la Medicina
Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona
carlos.tabernero@uab.cat

Enrique Perdiguero-Gil
Área de Historia de la Ciencia
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)
quique@umh.es

Resumen: El capítulo se ocupa de las múltiples relaciones entre el cine y las ciencias de la salud, desde la aparición del cinematógrafo a finales del siglo XIX hasta nuestro contexto actual. El énfasis es necesariamente doble, y abarca tanto el uso que las ciencias de la salud han hecho del cine como la utilización de todos los aspectos que atañen a la práctica de la medicina por parte de los profesionales del cine. Un primer apartado está dedicado al uso del cine, en tanto que desarrollo científico-tecnológico, por parte de la investigación médica básica y en la actividad clínica. Un segundo apartado se ocupa de la utilización del cine como instrumento de propaganda sanitaria, lo que en las sociedades contemporáneas se entiende como educación para la salud. El tercer apartado se ocupa de la producción de imágenes sobre medicina, salud y enfermedad a través del cine de ficción. A este respecto, y teniendo en cuenta las relaciones de intertextualidad con los otros tipos de cine mencionados, así como con otras fuentes de imágenes e historias, las intersecciones entre medicina y cine de ficción se revisan en torno a cuatro ejes interrelacionados de representación y articulación de prácticas y discursos médico-sanitarios: los profesionales de la salud (especialmente médicos), los pacientes, las enfermedades y las actividades de salud pública. La reflexión final se centra en las potencialidades del uso del cine de ficción en la formación de los profesionales sanitarios.

Palabras clave: cine; investigación médica básica; propaganda sanitaria; producción de imágenes; herramienta educativa

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 257–294. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

Abstract: This chapter addresses the different kinds of intersections between film and health sciences, from the arrival of cinema at the end of the 19th century to the present day. The approach is necessarily twofold, tackling the use of film in and by health sciences as well as film professionals' treatment of all facets of medical practice. First, we delve into the application of film, as a scientific-technological development, as a tool for basic research and clinical practice. Second, we explore the use of film as health propaganda tool, what is nowadays known as health education. Third, we tackle the production of images of medicine, health and disease in fiction film. In this respect, and taking into account intertextuality links with the other kinds of film as mentioned, as well as with other sources of images and narratives, the intersections between medicine and fiction film are explored with regard to four interrelated axes of representation and articulation of health-medical discourses and practices: health professionals (particularly physicians), patients, diseases and public health. The end reflection focuses on the potential of fiction film as an educational tool for health professionals.

Keywoods: films; basic research and clinical practice; health propaganda; tool production of images; educational tool

Como se ha visto a lo largo de este libro, la relación entre cultura y salud, y más concretamente entre cine y medicina, es compleja y multidimensional. Los casos presentados en los capítulos anteriores, así como las distintas aproximaciones teóricas utilizadas para su análisis, no dejan lugar a dudas sobre la abundancia y diversidad de ejemplos y perspectivas que se pueden tener en cuenta a la hora de explorar la decisiva interrelación entre el cine y la generación de imágenes e ideas sobre medicina, salud y enfermedad a lo largo de los últimos ciento quince años.

Por ello, para concluir este volumen, cabe una revisión, si bien oportunamente breve, de las múltiples relaciones entre el cine y las ciencias de la salud, desde la aparición del cinematógrafo a finales del siglo XIX hasta nuestro contexto actual. El énfasis es necesariamente doble y abarca tanto el uso que las ciencias de la salud han hecho del cine como la utilización de todos los aspectos que atañen a la práctica de la medicina por parte de los profesionales del cine.

Un primer apartado está dedicado al uso del cine, en tanto que desarrollo científico-tecnológico, por parte de la investigación médica básica y en la actividad clínica. El cine científico-médico fue, obviamente, el primer terreno de encuentro entre los profesionales de la salud y el cine, en función del enorme potencial del uso de este medio como herramienta de investigación y documentación en diferentes periodos y espacios de la práctica médica.

La utilización del cine como instrumento de propaganda sanitaria, o lo que en las sociedades contemporáneas se entiende como educación para la salud, constituye otro eje fundamental de los usos que las ciencias de la salud han venido haciendo del cine. Así, desde las primeras décadas del siglo XX, organizaciones privadas y públicas relacionadas con prácticas y políticas médico-sanitarias trataron de difundir sus mensajes a través del cine con fines muy diversos.

Aparte de las características técnicas y narrativas que hacen del cine un medio particularmente adecuado tanto para la investigación como para la propaganda, su cualidad y su éxito desde su aparición como fuente generadora de ficción hace necesaria una reflexión sobre la producción de imágenes sobre medicina, salud y enfermedad a través de este tipo de cine. A este respecto, y teniendo en cuenta las relaciones de intertextualidad con los otros tipos de cine mencionados, así como con otras fuentes de imágenes e historias, las intersecciones entre medicina y cine de ficción se revisan en torno a cuatro ejes interrelacionados de representación y articulación de prácticas y discursos médico-sanitarios: los profesionales de la salud (especialmente médicos), los pacientes, las enfermedades y las actividades de salud pública.

Teniendo en cuenta la amplitud y diversidad que implica la consideración de todos estos aspectos, el peso tanto de la medicina como del cine en las sociedades en las que vivimos y, naturalmente, la iniciativa docente a partir de la que se ha generado este libro, el capítulo termina con una breve reflexión sobre la pertinencia del uso del cine en los contextos actuales de docencia e investigación en ciencias de la salud.

El cine al servicio de la investigación, la actividad clínica y la educación de los profesionales de la salud

Poco más de un año después de las primeras exhibiciones que llevaron a cabo los hermanos Lumière (1895), el cine comenzó a ser utilizado para la investigación y la enseñanza en el campo de la medicina (Martinet, 1994; Essex-Lopresti, 1997, 1998a, 1998b). Podemos considerar el cine, sin duda, y entre otros aspectos, como un fenómeno cultural, estético, económico y social, pero también científico-técnico, desarrollado, a finales del siglo xix, en un contexto de crecimiento industrial en escala y complejidad, de incremento del mercado de aparatos y materiales, y de alta competencia tecnológica industrial. En este sentido, es producto de la combinación de conocimientos científicos y tecnológicos (desarrollo de materiales sensibles a la luz y susceptibles de impresión, de procesos de revelado y fijado de imágenes, de mecanismos para captar y proyectar imágenes, de soportes para verlas y conservarlas, y de investigación con respecto a los procesos de percepción de imágenes en movimiento y su persistencia en la retina) y de su aplicación industrial en torno a la reproducción y el análisis del movimiento de las figuras fotografiadas (Elena, 1989; San Miguel, 1989; Zarzoso, 2006; Tabernero, 2006).

No es extraño, por tanto, que se desarrollara desde los inicios su faceta como instrumento de investigación y documentación y se utilizara en este sentido en el ámbito de la medicina. Los trabajos de Eugène Louis Doyen, Clément Maurice y Jean Commandon, por mencionar algunos de sus pioneros más conocidos, son ejemplos de la aplicación inicial del cine como instrumento de documentación e investigación en función, por un lado, de su condición como herramienta para documentar y analizar complejos procesos científico-médicos y actividades clínicas y, por otro, de su capacidad para captar lo que no se puede percibir a simple vista, lo que está escondido o lo aparentemente inalcanzable y, además, significativamente, en movimiento. En el primer caso, la posibilidad de filmar operaciones quirúrgicas para facilitar tanto su perfeccionamiento como su aprendizaje, más allá del limitado contexto espacio-temporal del quirófano, fue una de las aplicaciones que con mayor prontitud captó la atención de los clínicos (Martinet, 1994; Essex-Lopresti, 1998a). En el segundo caso, la posibilidad de tener registro de lo invisible (el mundo microscópico, el interior del cuerpo humano) en movimiento comenzó a desarrollarse y utilizarse rápidamente en el mundo de la investigación (microbiología, histología, fisiología), de manera que dos usos, la microcinematografía y la radioci-

nematografía (Martinet, 1994; Landecker, 2006), sobresalieron desde los inicios, situando al mismo tiempo al cine (en este caso particular, pero sin duda en todas sus facetas) como un medio científico-técnico altamente experimental y en constante innovación tecnológica (desarrollo de aparatos, técnicas, efectos especiales, etc.)

Estas facetas no se han perdido a lo largo del último siglo, sino más bien al contrario. Más allá de los pioneros mencionados que dan cuenta de los orígenes de este tipo de relación entre el cine y la medicina, los ejemplos que se extienden a lo largo de los más de cien años sucesivos son muy numerosos y su citación exhaustiva sobrepasa el alcance de este capítulo. En este sentido, conviene señalar que la telemedicina y sus aplicaciones en los ámbitos de la práctica clínica y de la formación de profesionales médico-sanitarios en muy diversos campos de especialización es uno de los lugares de encuentro actuales más importantes entre el cine y la medicina (Essex-Lopresti, 1998b; Alexander *et alii*, 2005). Del mismo modo, podríamos incluir la cirugía laparoscópica dentro del campo de la innovación técnica relacionada con las intersecciones entre la investigación, la docencia y la práctica médicas y las últimas novedades tecnológicas en el sector del vídeo y de sus aplicaciones digitales (Clarke, 1972; Ahmed *et alii*, 2010).

No obstante, el uso del cine desde sus inicios como herramienta de investigación y docencia científico-médica abre las posibilidades de documentación (en términos de verosimilitud y persuasión) hacia otros ámbitos. Por ejemplo, el uso de fragmentos filmados de la vida de los microorganismos causantes de enfermedades infecciosas fue utilizado de manera temprana por documentales de salud pública. Igualmente, podemos mencionar las retransmisiones en vivo de operaciones quirúrgicas en el ámbito televisivo norteamericano de las década de los cuarenta y los cincuenta del pasado siglo como espectáculos científicos encaminados a aumentar el prestigio de la profesión quirúrgica (Serlin, 2010). Así, como se verá a continuación, el cine documental, en general, y el científico-médico-sanitario, en particular, en tanto que trasunto comercial del cine científico y, en un sentido mucho más amplio, del periodismo científico, combina intereses políticos, económicos, profesionales y sociales con la capacidad técnica del medio no solo para mostrar a un elevado número de espectadores lo imperceptible, inusual, extraño, imprevisto, lejano, extraordinario y aparentemente inaccesible, sino también para presentar realidades concretas, que se exponen como plausibles o necesarias de acuerdo, precisamente, con los intereses implicados.

El cine como herramienta de propaganda sanitaria

Uno de los aspectos principales de las relaciones entre el cine y la medicina es la generación y el uso de películas como herramientas de propaganda sanitaria, o lo que hoy en día se conoce como educación sanitaria o educación para la salud. El cine de propaganda sanitaria tenía (y tiene) como objeto mostrar determinados problemas sanitarios, en ocasiones, el debate generado en torno a ellos y, sobre todo, las soluciones dadas a estos por parte de los profesionales de la medicina y de las instituciones que los forman, contratan y amparan en torno a la investigación y su aplicación en la práctica médica directa. Como resultado, estos «documentales» (utilizado este término con la reserva de su dudosa pertinencia para referirse a este tipo de películas; Boon, 2008), generalmente de corta o media duración desde sus inicios y hasta su transformación más reciente en productos hechos para televisión o internet, inciden en su mayoría en la legitimación del papel de las autoridades frente a la población en general (Ostherr, 2013; Comelles y Brigidi, 2014). Esta legitimación se estructura en torno a procesos de construcción de la autoridad científico-médica y de validación del conocimiento producido y gestionado por esta. Estos procesos se fundamentan en una concepción esencialmente vertical de la producción, circulación y gestión del conocimiento, donde unos pocos «expertos» son los creadores y gestores de este, mientras que a la gran masa de «no expertos» se le reserva el papel de receptores pasivos tanto del conocimiento como de sus consecuencias en la vida cotidiana.

Este planteamiento conlleva cuando menos tres corolarios importantes. En primer lugar, permite la proyección del otorgamiento y reparto de autoridad, responsabilidad y valores en las comunidades humanas desde el ámbito científico-médico-sanitario a las relaciones de poder en su conjunto sobre las que se estructuran estas comunidades, es decir, en relación con aspectos sociales, económicos, políticos y culturales. El énfasis de los discursos asociados se sitúa en la utilidad, viabilidad y necesidad de la producción y los modos de gestión y aplicación de este conocimiento, normalmente de acuerdo con intereses económicos, ideológicos y políticos específicos en las sociedades fundamentalmente tecnológicas que se han venido desarrollando a lo largo de los dos últimos siglos, con independencia de su orientación política (Kirby, 2008, 2010; Tabernero *et alii*, 2012).

En segundo lugar, y siguiendo con esta estrategia, la complejidad de este conocimiento y la presunta ignorancia de la población implican supuestamente la necesidad de mediación, procesamiento y simplificación de la información (Hiltgartner, 1990; Bensaude-Vincent, 2001; Bucchi y Neresini, 2008; Nieto Galán, 2011). De esta manera, mientras que el mensaje se hace teóricamente comprensible, se ponderan precisamente la utilidad, necesidad y viabilidad de las aplicaciones del conocimiento producido. El resultado es la utilización de este conocimiento explícitamente como un instrumento político para difundir modelos específicos de organización de las comunidades humanas, basados en la supuesta neutralidad del carácter científico-técnico de sus aplicaciones, y donde el papel de cada grupo humano queda también, de paso, claramente establecido. De este modo, se potencia el carácter «educativo», donde uno de los objetivos principales es la modificación y control del comportamiento de la población en relación con los intereses sociales y políticos de las instituciones que lo generan, patrocinan y promocionan (Jiménez Lucena *et alii*, 2002; Seale, 2004; Kusiak, 2010; Tabernero *et alii*, 2012, 2015; Oshterr, 2013; Tabernero, 2015).

A este respecto, fue con la llegada de la radio y del cine cuando se atisbó la posibilidad de expandir a un número creciente de personas el uso de la medicina para adecuar la conducta de la población a los estándares de lo que en cada momento histórico se consideraba saludable (Guzmán y Tabernero, 2015). Estos medios permitían superar el obstáculo del limitado número de personas al que llegaban los consejos sanitarios a través de textos o charlas y actos variados realizados bajo el paraguas conceptual de la medicina social y de las campañas sanitarias que en este sentido se pusieron en marcha en el primer tercio del siglo xx. Además, el poder de sugestión y convicción de la imagen en movimiento, en relación, por ejemplo, con el cartelismo, que también se utilizó ampliamente como vehículo de propaganda sanitaria (Perdiguero, 2006a; Perdiguero y Castejón, 2006; Castejón *et alii*, 2012), hicieron del cine rápidamente una poderosa herramienta de persuasión sanitaria (Borowy, 2009) y adoctrinamiento para regímenes de muy diferente orientación política (Löwy y Krige, 2001; Medina-Doménech y Menéndez-Navarro, 2005; Tabernero *et alii*, 2012, 2015).

Y en tercer lugar, la construcción de la autoridad (tanto científico-médica como su proyección sociopolítica), la validación del conocimiento producido por esta y la estimación de la utilidad, necesidad y viabilidad

de su aplicación dependen, inevitablemente, de la participación de todos los agentes implicados en estos procesos. Así, por lo que respecta específicamente al cine de propaganda sanitaria, además de las personas e instituciones o empresas que intervienen en la generación del conocimiento médico-sanitario, en su comunicación y en su aplicación, resulta absolutamente necesario tener en cuenta las prácticas cotidianas de las personas, tanto en relación con cuestiones médico-sanitarias, como a nivel comunicativo; es decir, los pacientes y las audiencias (Seale, 2004; Boon 2011/2015; Ostherr, 2013; Tabernero, 2015).

En este sentido, del mismo modo que las instituciones educativas pueden ser consideradas como medios de comunicación de masas (Thompson, 1995), los medios de comunicación de masas pueden considerarse como espacios de educación y aprendizaje no formal (Tabernero *et alii*, 2009, 2010). Todos ellos forman parte del entramado social, cultural y espacio-temporal de la vida cotidiana de las personas, y en cuyos procesos, por tanto, participan todos los actores implicados, expertos y no expertos. En este sentido, surge inevitablemente la pregunta de la audiencia. A través de su conocimiento, podría valorarse tanto la influencia que el cine ha tenido en la salud (y el comportamiento) de la población, como el impacto de los modos de apropiación de las películas por parte de las personas en las estrategias, campañas y políticas médico-sanitarias. Si bien para buena parte de los periodos históricos considerados aquí no contamos con datos concretos sobre los públicos, resulta significativo, como veremos enseguida, el hecho de que el interés de los expertos por la participación de los no expertos en estos procesos no es necesariamente reciente.

Para superar, en parte, la falta de datos sobre las audiencias, se ha propuesto utilizar como categoría analítica el *mode of address* (Nichols, 2001; Boon, 2005). Así, un posible camino para establecer la audiencia a la que se dirigían los filmes es el análisis de las técnicas cinematográficas utilizadas por productores y realizadores en relación con sus objetivos (y los de sus patrocinadores) desde el punto de vista de la persuasión o la educación. Curiosamente, un temprano estudio de audiencia, realizado en los Estados Unidos por el US Interdepartamental Social Hygiene Board en colaboración con el Psychological Laboratory de la Universidad Johns Hopkins, reveló el interés de las instituciones con respecto a cómo las películas de propaganda sanitaria debían hacerse para que fueran efectivas. El estudio, realizado entre 1919 y 1922 en torno a las películas *Fit*

to fight / Fit to win (Griffith y Milestone, 1918/1919)[1] y *The end of the road* (Griffith, 1919),[2] y de carácter marcadamente conductista, examina la necesidad de estimular una respuesta emocional, mediante el uso de la cámara y del montaje, para generar un cambio *real* de comportamiento en el público. Los investigadores, liderados por el psicólogo conductista James B. Watson, insistieron tras el estudio en la necesidad de poner el énfasis en proporcionar a la población la información médico-sanitaria sin ningún tipo de artificios. No obstante, este y otros estudios de audiencia realizados en los años veinte y treinta del siglo pasado respondiendo a una mezcla de intereses institucionales, académicos y comerciales definieron la necesidad de generar productos cinematográficos donde coexistieran la información, el entretenimiento y la emoción (Laukötter, 2011/2015).

El análisis de películas de propaganda sanitaria tiene, por tanto, gran importancia a la hora de estudiar las imágenes sobre salud, enfermedad y medicina puestas en circulación por los profesionales y las instituciones que intervienen, por un lado, en la gestión de las prácticas y discursos médico-sanitarios y, en consecuencia, de las políticas asociadas; y por otro, en la generación de las propias películas y su distribución en el mercado (Oshterr, 2010, 2013; Tabernero *et alii*, 2015). Este análisis cobra vigor a través de estudios de casos concretos, como muestran los capítulos que conforman este libro, por lo que aquí solo se subraya el gran potencial interpretativo de este tipo de películas. De hecho, este volumen y el seminario a partir del que se genera son una buena muestra del interés creciente y ampliado en términos geohistóricos sobre este tipo de cine en particular.

Aparentemente, las películas de propaganda sanitaria que se basan en la ficción no buscan una participación activa de la audiencia más allá de su implicación emocional. Lo importante aquí es el argumento, la identificación con los personajes y la asunción del mensaje (médico-sanitario, científico-tecnológico, práctico, político, ideológico y/o ético) que se pretende transmitir. Por otra parte, las películas de carácter más documental o explícitamente pedagógico pretenden generar una respuesta racional por parte de los espectadores, aunque orientada del mismo modo hacia la modificación de comportamientos que se persigue. En este caso, las imágenes, frías y asépticas, simbolizando la pretendida neutralidad del

1 <http://www.imdb.com/title/tt0010131/?ref_=fn_al_tt_1>

2 <http://www.imdb.com/title/tt0010131/?ref_=fn_al_tt_1>

mensaje científico que se desea imponer, están siempre al servicio de una narración y un lenguaje a menudo imperativos que señalan cuáles son las conductas correctas e incorrectas que se deben seguir. La proyección de la autoridad de los expertos científico-médicos a las instituciones se da en todos los casos, aunque se hace completamente explícita en las películas centradas en mostrar logros sanitarios (incluidos los segmentos frecuentemente diminutos, producidos en principio para noticiarios cinematográficos y, más tarde, para espacios de noticias en televisión). En este caso, el poder político-económico (institucional o de parte de organizaciones civiles, por lo general filantrópicas o de beneficencia), al poner en manos de los expertos los problemas de salud de la población, es el agente que soluciona en último término las necesidades inmediatas que, de acuerdo con sus criterios e intereses y de una moral particularmente conservadora, acucian a la población.

Teniendo en cuenta todos estos factores, cabe señalar que, entre otros hitos históricos, las dos Guerras Mundiales del siglo pasado constituyen dos puntos de inflexión significativos con respecto al planteamiento y realización de campañas de propaganda sanitaria a través del cine. Más adelante, la difusión masiva de la televisión, en primer lugar, y de internet, posteriormente, modifican sustancialmente los formatos. Tras la Primera Guerra Mundial, la necesidad de tener en cuenta a los espectadores que, cada vez en mayor número, acudían al cine trajo consigo un aumento de la experimentación narrativa y técnica para abordar los objetivos de información, formación y entretenimiento. En *Damaged goods* (Ricketts, 1914),[3] *Fit to fight*, *Fit to win* y *The end of the road*, ejemplos tempranos de películas centradas en las enfermedades venéreas (Posner, 2011/2015), se defendía una moral tradicional y se reforzaba el papel de la autoridad médica a la hora de establecer conductas sexuales seguras, como en los últimos 25 años ha ocurrido con el caso del sida (Tulloch, 1997). Estas películas, y en concreto las tres últimas, patrocinadas por la CTCA (Commission on Training Camp Activities de los Estados Unidos), son también un ejemplo de diseños específicos para audiencias concretas: soldados, población civil en general y las mujeres en particular, respectivamente.

Como ya se comentó, también se puso en tela de juicio la efectividad de la ficción y el enfoque emocional con respecto a un enfoque más di-

3 <http://www.imdb.com/title/tt0055580/?ref_=fn_al_tt_3>.

dáctico. En *Il était une fois trois amis* (Benoît-Levy y Epstein, 1929),[4] se entremezclan ambos enfoques, aunque siempre desde la posición de un médico situado en la trama de ficción, pero que eventualmente expone su conocimiento de manera directa al público (Gertiser, 2011/2015). Este planteamiento está al borde del docudrama, donde se incluyen partes de ficción y partes documentales. Este es el caso, por ejemplo, de *La terrible lección* (Delgado, 1927),[5] un peculiar docudrama mudo con una primera parte de ficción y otra segunda de tipo reportaje (Castejón, 2001; Elena, 2002; Minguet, 1997). Producido en el marco de la lucha antivenérea, pretendía poner de manifiesto, por un lado, la importancia de las enfermedades venéreas, a través de la historia de un estudiante que adquiere una enfermedad venérea, se la transmite a su hijo y muere; y por otro, en la parte documental, la disponibilidad de servicios sanitarios que se ocupaban de estas enfermedades, para estimular el uso de estos por parte de la población. Su objetivo, en definitiva, era persuadir a los enfermos de que no ocultasen su padecimiento ni confiasen en remedios ajenos a la ciencia.

En el periodo de entreguerras, los productores y realizadores percibían que existía un amplio mercado para el cine de ficción, los documentales o los filmes con una mezcla de técnicas y enfoques (Shaeffer, 1992; Khun, 1994; Lebas, 1995; Parascandola, 1996; Lederer y Parascandola, 1998; Boon, 2005, 2008; Sappol, 2011). Pensando en la población, los patrocinadores (públicos o privados) y sus técnicos veían en el cine un medio de llevar a cabo masivas «inoculaciones mentales» (Posner, 2011/2015). En este contexto, se pueden encuadrar experiencias como la de la Eastern Film Corporation, productora creada por Frank A. Tichenor en 1915, y que en la década de 1920 abandona la producción de ficción para dedicarse, primero, a la realización de películas «educacionales» y de propaganda industrial, y después, principalmente y hasta su desaparición a finales de esa misma década, a la producción de películas con contenido médico-sanitario (Cantor, 2011/2015).

A partir de la Segunda Guerra Mundial se planteó con fuerza la posibilidad de mostrar contenidos explícitos desde el punto de vista médico-sanitario, es decir, en el caso de las enfermedades venéreas, de carácter anatómico-sexual. La concepción y el retrato del cuerpo, tanto masculi-

4 <http://www.imdb.com/title/tt0206037/?ref_=fn_al_tt_1>.

5 <http://www.imdb.com/title/tt0018477/?ref_=fn_al_tt_1>.

no como femenino, así como consideraciones de género con respecto a los papeles socioculturales desempeñados o reivindicados por hombres y mujeres desde la Primera Guerra Mundial y hasta después de la Segunda son también factores que se añaden al planteamiento y realización de estas películas. En los Estados Unidos, un ejemplo paradigmático de filmes dedicados a las enfermedades venéreas con una parte de ficción y objetivos claramente pedagógicos es *Sex Hygiene* (Ford, 1942),[6] destinada a los soldados de la Armada estadounidense. En esta película, encargada por el U.S. Army Corps of Signals y producida por Darryl F. Zanuck, de la Twentieth Century Fox, Ford combina también una parte de ficción con una parte documental en la que se pretende sorprender, sobrecoger e incluso turbar y traumatizar al público con imágenes particularmente crudas de lesiones producidas por la sífilis tanto en genitales masculinos como en otras partes del cuerpo (la lengua, la cara, etc.). Para incrementar el efecto pedagógico, Ford utiliza la técnica narrativa de la película dentro de la película, donde las reacciones de los espectadores en la ficción ante estas imágenes mimetizan (conducen) las reacciones de los espectadores reales del filme de Ford.

El reconocimiento de las secuelas psicológicas de la Segunda Guerra Mundial, como muestra la National Mental Health Act de 1946 en los Estados Unidos, coincidió con el auge de las ciencias cognitivas y con la consolidación de la época dorada de la representación de la psiquiatría en el cine (Gabbard y Gabbard, 1987), y condujo a la producción de documentales sobre salud mental. *Let there be light* (Huston, 1945)[7] es un ejemplo del éxito de este tipo de propuestas, donde se describen diversas terapias para tratar neurosis relacionadas con la experiencia del combate. Otro aspecto significativo de muchas de estas películas es su planteamiento como herramienta para utilizar en sesiones de psicoterapia. El uso de la recreación como técnica narrativa, a modo de transferencia psicoanalítica, con un juego de intertextualidad explícito con producciones auténticamente de ficción, y la publicación de guías de apreciación para facilitar la comprensión de estas películas, son algunas de sus características particulares de producción y distribución. *The feeling of rejection* (Anderson,

6 <http://www.imdb.com/title/tt0034171/?ref_=fn_al_tt_1>.

7 <http://www.imdb.com/title/tt0038687/?ref_=fn_al_tt_1>.

1947),[8] igual de exitosa en su momento que la película de John Huston, es un ejemplo claro de este tipo de planteamiento. En ella se combinan hábilmente técnicas psicoterapéuticas con convenciones de representación y narración tanto del cine documental como del cine de ficción (Curtis, 2011/2015).

El contexto anglosajón no era el único en el que las películas de propaganda sanitaria proliferaban en la primera mitad del siglo xx. La Revolución bolchevique en Rusia fomentó, por ejemplo, la producción de películas centradas en la prevención del alcoholismo, que podríamos considerar como una «epidemia diferida» (Tabernero y Perdiguero, 2011). La administración soviética utilizaba estas películas para proyectar el nuevo modelo social basado en la figura del trabajador generoso, informado y saludable, capaz de abrirse camino y dar a conocer la revolución comunista en el seno de la lucha de clases (a pesar de la contradicción que representaba el levantamiento de la prohibición del vodka, en vigor desde 1915). Un ejemplo especialmente significativo de estas películas es *Tan'ka traktirshitsa* (Svetozarov, 1929),[9] donde el problema se aborda, de un modo mucho más amplio, considerando no solo al hombre urbano bebedor, sino también la situación de las mujeres y los niños al respecto, además de incorporar comentarios sobre la superstición religiosa y las jerarquías de poder en el mundo rural (Sumpf, 2011/2015). Otro ejemplo temprano y digno de mención en el marco de la Revolución soviética, por su explícito enfoque social, es uno de los filmes realizados por el que se considera uno de los padres del documental, Dziga Vertov. Uno de los cortos documentales incluido en los noticiarios que realizó a partir de 1922 se ocupó de un hospital construido para el cuidado de niños inválidos (McLane, 2006). No puede dejar de citarse, en este contexto, aunque no es un filme estrictamente de propaganda sanitaria, la película *Gore i radost zhenshchiny* (Alexandrov, Eisenstein y Tisse, 1929), en la que se defiende la práctica del aborto asistida por profesionales sanitarios para evitar los problemas de la clandestinidad.

En este mismo sentido, y también fuera de contextos anglosajones, cabe mencionar el documental mudo de largometraje *Valencia, protectora de la Infancia* (1928), obra del director Maximilano Thous, en el que, con

8 <http://www.imdb.com/title/tt0225710/?ref_=fn_al_tt_1>.

9 <http://www.imdb.com/title/tt0258232/?ref_=fn_al_tt_1>.

el fin de mostrar los méritos de la capital mediterránea en la Quincena de Protección a la Infancia celebrada en París en julio de ese año, se exhibe en varios establecimientos dedicados a la educación y al cuidado de los niños (Perdiguero *et alii*, 2007). De similar cariz, aunque mucho menos ambicioso, es el corto mudo realizado en 1935 por la institución Segell Pro-Infantia para promover la compra de un sello de sobre franqueo que puso en marcha la Generalitat de Catalunya con el fin de recaudar fondos para la lucha contra la mortalidad infantil (Perdiguero y Castejón, 2006). En él se muestran las consecuencias para la economía catalana de las pérdidas de vidas que suponía la mortalidad infantil y la solución del problema: la construcción de guarderías que podían edificarse con la aportación pecuniaria de la población.

Las enfermedades venéreas constituyeron un poderoso tema de propaganda sanitaria en el cine de la primera mitad del siglo xx no solo por el impacto socioeconómico (y eventualmente bélico) de su incidencia, sino también, indudablemente, por el fuerte componente de modificación de comportamiento que conlleva su prevención. Pero otras enfermedades infecciosas también fueron objeto de películas de propaganda sanitaria. Por ejemplo, la International Health Board (más tarde la International Health Division) de la Rockefeller Foundation fue una de las organizaciones que utilizó de manera más temprana el cine para campañas contra enfermedades como la anquilostomiasis o el paludismo (Fedunkiw, 2003, 2004). Es el caso de *Unhooking the Hookworm* (Rockefeller Foundation, 1920),[10] cuya intención era educar a la población rural del sur de los Estados Unidos para eliminar el parásito que produce la anquilostomiasis y evitar su propagación (Burns, 2009; Dahlquist, 2012); o *Malaria* (Rockefeller Foundation, 1925), producido para que resultase adecuado a nivel internacional-colonial, razón por la cual se hicieron versiones con títulos en distintos idiomas (Fedunkiw, 2004).

En el caso de España, *La tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1944) reúne buena parte de las características enumeradas hasta el momento. En el marco de la naciente dictadura fascista tras la Guerra Civil, esta película utiliza la tuberculosis como excusa para proyectar de un modo particularmente explícito el modelo social del régimen franquista, donde el papel de expertos y no expertos queda claramente establecido, así como la función

10 <http://www.imdb.com/title/tt1440171/?ref_=fn_al_tt_1>.

y destino de hombres, mujeres y niños dentro del nuevo orden. La autoridad médico-científica trabaja aquí en absoluta consonancia con el aparato educativo y moral del régimen (la Iglesia, personificada en la actitud técnicamente eficaz al tiempo que imperativa de las monjas), de manera que las soluciones ofrecidas a la población frente a esta enfermedad sirven como telón de fondo para la justificación y legitimación de la nueva situación sociopolítica. En este sentido, el uso de la propaganda sanitaria en el *NO-DO* (1943-1981), el noticiario de exhibición exclusiva y obligatoria en las salas comerciales durante las cuatro décadas del franquismo, siempre respondió a estos objetivos (Medina-Doménech y Menéndez-Navarro, 2005; Ramírez Martínez, 2006; Matud Juristo, 2008; Tabernero, 2015).

En este breve repaso al cine de propaganda sanitaria, es necesario también mencionar la aparición de imágenes de tecnología médica. En el caso de las películas sobre enfermedades infecciosas, algunas escenas provienen de la microcinematografía y la radiocinematografía para mostrar los agentes infecciosos causantes de las enfermedades que quieren prevenirse o los efectos de estas en el organismo. El microscopio en particular se muestra como un potente icono del valor de la autoridad de la investigación médica. Junto a este instrumento, los recursos asistenciales y terapéuticos son el otro gran argumento para legitimar la medicina científico-occidental. Todo ello se muestra, por ejemplo, en el caso de *La terrible lección* (Delgado, 1927),[11] mencionada anteriormente. Otro buen ejemplo de la utilización de imágenes de tecnologías médicas para la educación sanitaria, en este caso en el marco de la lucha contra la mortalidad infantil, es el caso de *Vidas Nuevas*, un cortometraje de 1936 dirigido por Julio Bravo, en ese momento director de la Sección de Propaganda Sanitaria de la Dirección General de Sanidad (Perdiguero, 2006b; Perdiguero *et alii*, 2007). Los instrumentales médicos, es decir, el imperativo tecnocientífico que en teoría garantiza la neutralidad y veracidad de lo expuesto, señalan la hegemonía científico-médica en el cuidado de la embarazada (y del recién nacido). De otro modo, *Enough to Eat?* (Anstey, 1936),[12] narrado por el biólogo Julian Huxley, utiliza encuestas e investigaciones de laboratorio para poner de manifiesto el problema de la alimentación, que

11 <http://www.imdb.com/title/tt0018477/?ref_=fn_al_tt_1>.

12 <http://www.imdb.com/title/tt2024398/?ref_=fn_al_tt_1>

tanto preocupaba en ese momento histórico (Barona, 2010, 2012, 2104) y mostrar las políticas propuestas para el caso de Inglaterra.

En ocasiones, algunos documentales han pretendido mostrar que la solución de los problemas de salud pública se podía lograr a través del uso de una determinada tecnología urbana, como fue el caso del gas en Gran Bretaña (Boon, 2005), con documentales paradigmáticos como *Housing Problems* (Elton y Anstey, 1935).[13] Otra película que merece ser mencionada en este sentido, tanto por su fecha de producción como por su contenido, es *The land beyond the sunset* (Shaw, 1912),[14] de la productora de Edison, patrocinado por el Fresh Air Fund, donde la reflexión sobre la higiene se sitúa en función de los espacios urbanos (Hediger, 2011/2015). Ejemplos similares pueden encontrarse en documentales patrocinados por la industria eléctrica, como es el caso de *The Face of Britain*,[15] dirigida en 1935 por el prestigioso realizador y teórico del documental Paul Rotha, o dedicados a defender el uso de la energía nuclear tanto en general como en sus aplicaciones médicas, como ocurre con *A is for Atom* (Urbano, 1952)[16] (Lederer, 2011/2015) o la campaña «Átomos para la paz» en el caso español (Menéndez-Navarro, 2007a, 2009).

En este sentido, no podemos olvidar las películas patrocinadas o producidas por la industria farmacéutica, donde la pretendida educación sanitaria se utiliza explícita y hábilmente en relación con los intereses comerciales de estas empresas. Un ejemplo claro es la contratación por parte de la compañía Bayer en 1926 del director de cine Oskar Wagner, que trabajaba entonces para la UFA (Universum Film AG), para organizar la producción cinematográfica de la empresa química y farmacéutica. El resultado fue la creación de la Bayer Film Unit, que produjo cerca de 100 películas durante las décadas de 1930 y 1940, a menudo en colaboración con la propia UFA. El objetivo declarado entonces (1934) viene a resumir todo lo expuesto en este capítulo, puesto que, con el trasfondo de la mezcla entre intereses comerciales y educativos, la intención era apelar tanto a la emoción como a la razón para provocar el efecto deseado en la audiencia a nivel subconsciente (Bonah, 2011/2015).

13 <http://www.imdb.com/title/tt0290660/?ref_=fn_al_tt_1>.

14 <http://www.imdb.com/title/tt0000488/?ref_=fn_al_tt_1>.

15 <http://www.imdb.com/title/tt1927152/?ref_=fn_al_tt_1>.

16 <http://www.imdb.com/title/tt0401091/?ref_=fn_al_tt_1>.

Poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO) propugna una campaña mundial (1947) para coordinar la producción cinematográfica de todas las agencias de las Naciones Unidas. Tras los horrores del nazismo, la propaganda se redefine oficialmente como información, comunicación, educación o publicidad, aunque los objetivos y técnicas básicos se mantuvieran (Bonah, 2011/2015). Es en este contexto cuando la aparición de la televisión en la segunda mitad del siglo xx y su popularización entre un creciente número de población hizo que la utilización de filmes para la educación sanitaria se centrase, especialmente, en el medio televisivo. Algunas técnicas cambian, tanto para adaptarse a los métodos de producción y exhibición en la televisión, como desde el punto de vista del planteamiento general de los discursos. Un ejemplo particularmente significativo es el creciente uso de la animación como recurso pedagógico en sustitución tanto de la información explícitamente tecnocientífica como de la recreación, tal y como muestran el ya citado *A is for Atom* o la amplia colección de películas educativas producidas bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud en las décadas de 1950 a 1970 (Oshterr, 2011/2015, 2013). Desde el punto de vista argumental, cabe destacar la creciente producción sobre las ansiedades que crea la vigilancia epidemiológica internacional (Ostherr, 2005), desde películas como *The Silent Invader* (Burney, 1957),[17] (Ostherr, 2004, 2005), destinado para emitirse en la televisión con el fin de concienciar a la población norteamericana de la posible invasión de la gripe asiática, a los casos recientes del síndrome agudo respiratorio severo (SARS) y de la gripe A (H1N1) o, a otro nivel, del sida. Buenos ejemplos ya muy recientes de estos documentales son *Peligro: virus* (Berrod y Russel, 2005) de producción francesa y emitido en el programa *Documentos TV* en el 2008 y el 2009; o *Centinelas de la gripe* (2010), una producción propia de RTVE. En este sentido, no podemos olvidarnos de la fuerte presencia en televisión, sobre todo a lo largo de las últimas tres décadas, de las películas (documentales y docudramas) y noticias (en espacios informativos) dedicadas a las epidemias diferidas (Tabernero y Perdiguero, 2011), como el cáncer en general o el consumo de tabaco en particular.

17 <http://www.imdb.com/title/tt0056489/?ref_=fn_al_tt_1>.

Antes de terminar esta sección, es necesario puntualizar que también hay cine documental que no es tanto de propaganda sanitaria como de crítica a políticas o medidas sanitarias o a procedimientos de investigación y aplicación de (des)conocimiento científico-médico. En este sentido, cabe citar como ejemplos *The Lynchburg Story/La historia de Lynchburg* (Trombley, 1993)[18] o *Alice, a fight for life* (Willis, 1982) (Menéndez-Navarro, 2007b, 2011b), documentales que revelan la oscura conjunción de (des)conocimiento científico-médico con intereses político-económicos y su traducción trágica a través precisamente del modelo del déficit mencionado en la sección anterior. Más recientemente, algunas piezas televisivas de diferentes cadenas de televisión han criticado abiertamente la política seguida por la Organización Mundial de la Salud con respecto a la gripe H1N1 y su complicidad con los intereses de grandes multinacionales farmacéuticas.

Todos los ejemplos mencionados en esta sección no representan más que una mínima parte de la ingente producción audiovisual sobre propaganda sanitaria realizada en los poco más de cien años de historia del cine (y los poco más de cincuenta de historia de la televisión). Esa enorme y constante empresa revela la importancia de estos dos conjuntos de prácticas y discursos en las sociedades contemporáneas. A este respecto, es obvio que los diferentes planteamientos y los trabajos finalmente producidos y distribuidos no funcionan en un vacío sociocultural, sino que interactúan necesariamente no solo con el estado de las prácticas médico-sanitarias en diferentes contextos geohistóricos concretos, sino también con otros productos mediáticos relacionados (literatura, prensa, radio y, significativamente dentro de este capítulo y de este volumen, el cine de ficción).

Terapias de cine. Medicina, salud/enfermedad y cine de ficción

El cine de investigación y el cine de propaganda sanitaria ofrecen ejemplos del uso combinado del cine y de la medicina, por parte de instituciones públicas y privadas, académicas, profesionales, industriales o políticas, para responder a una serie de intereses muy concretos en sus relaciones con distintos colectivos de la población, o con toda la población en su

18 <http://www.imdb.com/title/tt0107466/?ref_=fn_al_tt_1>.

conjunto. El cine de ficción puede responder a esos mismos intereses y realizarse bajo el patrocinio, el precepto o el beneplácito de las mismas instituciones, siendo la única, aunque significativa diferencia, el planteamiento de base desde la ficción, sin necesidad, lo cual no quiere decir con ausencia absoluta, de recursos específicamente «documentales» o «pedagógicos». La diversidad y libertad narrativas, unidas a la versatilidad estilística y técnica, hacen del cine, al igual que ocurre con otros medios de expresión, como es el caso evidente de la literatura, la fotografía, la pintura o la música, con las que el cine mantiene una relación intensa y fructífera, una fuente inagotable de recursos que tiene cualquier comunidad humana para mirarse a sí misma (Tabernero, 2006). En este sentido, el cine de ficción, tanto a través de las historias que cuentan sus autores como de las técnicas que utilizan, amplía considerablemente las maneras de mirar principalmente a la cultura en la que estas historias y técnicas se generan.

La medicina, su ejercicio y su regulación son, como ya se ha mencionado, constituyentes esenciales de la vida cotidiana de las personas en las sociedades contemporáneas, dado que los procesos de salud/enfermedad/atención sobre los que interviene forman parte inevitable de la construcción y el devenir social y cultural de cualquier comunidad humana. No es extraño, por tanto, que en mayor o menor medida, la medicina y sus profesionales, así como percepciones y procesos relativos a la salud y la enfermedad de las personas o de diferentes colectivos, formen parte de un buen número de historias contadas a través del cine. La producción, en términos de cine de ficción, es ingente. Del mismo modo que lo es la diversidad de planteamientos y puntos de vista. Por ello, un análisis exhaustivo de la presencia de la medicina y de la salud en el cine de ficción supera con creces el alcance de este capítulo (y de este libro). Sin embargo, cabe señalar algunos aspectos básicos de las relaciones entre cultura, salud y cine (de ficción) que pueden ser útiles tanto a la hora de abordar el análisis de casos concretos en el futuro, como para resumir y completar las propuestas realizadas en los capítulos que conforman este libro. Para ello, se ha tomado como base la experiencia acumulada en los últimos ocho años (2007-2015) en el diseño y desarrollo de la asignatura Medicina, Cine y Literatura en la licenciatura y el grado de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (Tabernero, 2011). Así, teniendo en cuenta la relación inevitable y mencionada con otros tipos de cine y con otras fuentes de imágenes e historias, revisaremos las intersecciones entre medicina y cine de ficción con respecto a cuatro ejes narrativos interrelacionados:

los profesionales de la salud, particularmente los médicos, los pacientes, las enfermedades y las actividades de salud pública.

Mucho cine de ficción, como se ha dicho, reproduce los intereses descritos para el cine de propaganda sanitaria, de manera que la intervención de la medicina en muy diversas narrativas responde a un ejercicio de validación, legitimación y justificación del conocimiento científico-médico y de la autoridad que lo produce y gestiona. En este sentido, proliferan las imágenes de la ciencia y la medicina como conjuntos de verdades absolutas e inaccesibles para la gran mayoría de ciudadanos, a su vez sometidos inevitablemente al dictado de instituciones todopoderosas y científicos omniscientes, a menudo desconectados de la realidad más allá de la aplicación de su conocimiento especializado. La generación y gestión de este conocimiento científico-médico, de acuerdo con estas visiones, requieren del tamiz del control sociopolítico y se sustentan en un imperativo tecnocientífico caracterizado por una tecnología a menudo abrumadora y un lenguaje incomprensible para la mayoría.

En ocasiones, también, la ciencia y la medicina son un peligro porque queda en manos de gestores o científicos locos o inconscientes, que utilizan el conocimiento científico-médico en beneficio propio o que, eventualmente, pierden el control de sus hallazgos. Los desaguisados provocados por estos siniestros personajes o por las necesidades materiales, sociales o profesionales del sistema deshumanizado que los alberga son a menudo solucionados finalmente por otros gestores todopoderosos o científicos omniscientes, aunque en este caso responsables y a menudo heroicos, que tienen un peso específico (en general y con respecto al problema generado en particular) y utilizan los resquicios benévolos de ese mismo sistema.

No obstante, un buen número de directores ofrecen miradas conscientemente críticas y reflexivas, en muchos casos a partir de obras literarias (novelas, obras de teatro) igualmente ricas en sus planteamientos. *Frankenstein* es un punto de partida ideal para abordar las relaciones entre la medicina y la ficción. Entre otras muchas lecturas (Bloom, 1996) en la novela de Mary Shelley (*Frankenstein; or, The Modern Prometheus*, 1818) ciencia y ficción se entremezclan de un modo particularmente fructífero, estableciendo pautas esenciales para el desarrollo, precisamente, de la ciencia-ficción moderna. En la obra se plantea, a través de un estudiante de medicina, Victor Frankenstein, y de la criatura que este crea, la complejidad de las relaciones entre los lados racional (científico) e irracional

(instintivo, pasional) del ser humano, así como las trágicas consecuencias, a nivel individual y social, y en clave romántica, del desequilibrio, la incomunicación y la ausencia de responsabilidad y reflexión en estos procesos. De entre las numerosas adaptaciones y utilizaciones en el cine de los personajes y la trama de Shelley, *Frankenstein* y *Bride of Frankenstein/La novia de Frankenstein* (Whale, 1931 y 1935, respectivamente) constituyen un ejemplo paradigmático en la medida en que, a pesar de las múltiples diferencias introducidas con respecto al texto original, profundizan y amplían el cuestionamiento sobre el papel sociocultural del conocimiento científico-médico en las sociedades contemporáneas.

Algunos años más tarde, en *Ansiktet/El rostro* (1958),[19] Ingmar Bergman enfrenta apropiadamente a mediados del siglo xix, mientras se construyen las sociedades industriales, a un artista/mago/cineasta (el «doctor» Vogler) con un médico ultrarracional (el doctor Vergerus) para preguntarse por las funciones socioculturales tanto del artista como del científico en relación con la construcción de la autoridad sobre la que se sustenta el mundo contemporáneo (Ford, 2002; Latorre, 2004). El «doctor» Vogler basa su trabajo, por un lado, en el uso de la linterna mágica, y por otro, en el mesmerismo, con el que «cura a pacientes» en sus espectáculos. Estas dos características lo relacionan respectivamente con el cine y con la obra de Mary Shelley. Por su parte, el interés principal del doctor Vergerus, el médico/científico propiamente dicho, es hacerle la autopsia a Vogler y así estudiar y exponer su fisiología y, de paso, socavar su poder. En manos de Bergman, el cine y la medicina están absolutamente integrados en el entramado de relaciones sociales y de poder de las sociedades contemporáneas, donde ejercen su influencia a nivel de rituales y representaciones que pueden ser hábilmente utilizadas por las instituciones. Los ciudadanos, entregados a sus preocupaciones y deseos, y acuciados por la necesidad de soluciones inmediatas a sus problemas cotidianos, permanecen conspicuamente apartados (en los sótanos) de los oscuros manejos del poder (en los aposentos de la mansión donde se desarrolla la trama), si bien su participación es esencial en los rituales y representaciones a la hora de establecer o consolidar el reparto de autoridad.

El conocimiento científico-médico no otorga necesariamente una posición definida e inamovible de poder, aunque permita cuando menos

19 <http://www.imdb.com/title/tt0051365/?ref_=fn_al_tt_1>.

interpretar y cuestionar sus entresijos. Tal es el caso de los doctores Boone (*Stagecoach/La diligencia*, Ford, 1939)[20] y Sanada (*Yoidore tenshi/El ángel ebrio*, Kurosawa, 1948).[21] Estos dos personajes están situados directamente en la frontera entre el mundo salvaje (de los instintos y las pasiones, de la ley natural) y la civilización (racional y moral, de la justicia social), en el primer caso dentro del escenario mitológico del *western* (cuyas características técnicas y narrativas fueron en buena parte definidas por Ford y, en concreto, con *Stagecoach*), y en el segundo durante la ocupación americana del Japón tras la Segunda Guerra Mundial (Grant, 2003; McDonald, 2006; Richie, 1996). Boone y Sanada son, ante todo y a grandes rasgos, seres humanos cuyo conocimiento (científico-médico de la naturaleza humana y de sus extensiones socioculturales) les permite analizar, desde una posición de aparente distanciamiento, las contradicciones de la vida en contextos de dominación y transformación tecnocientífica, como ocurre con otros médicos presentes en la filmografía de ambos directores (Mendiguchía y Santiago, 2003). El peso que este conocimiento representa para estos médicos conlleva también la asunción de sus propias limitaciones y contradicciones, a nivel individual, profesional y social, dentro de los microcosmos sociales que Ford y Kurosawa definen en el carruaje que cruza el territorio apache y en el sucio suburbio de Tokio. Lejos de ocupar una posición de poder y autoridad cuya lógica y eficacia pudiera ser la solución a los problemas tanto de sus vecinos como los propios, los dos refugian su desesperación y su impotencia, así como también su tenaz esperanza, en el alcohol. La solución, de acuerdo con Ford y Kurosawa, viene a ser comunitaria, donde los médicos están integrados a todos los efectos en el contexto de «enfermedad social» que aqueja a las comunidades en las que viven (son médicos, pero su adicción los define también como enfermos, y también necesitan ayuda), y donde sus acciones están encaminadas tanto a ayudar a los que les rodean como a buscar una salida para sí mismos.

El poder del conocimiento científico-médico y su corolario como proceso de medicalización han sido utilizados ampliamente, de manera explícita o metafórica, para problematizar aspectos sociales, ideológicos, políticos y culturales de las sociedades contemporáneas. El trasfondo de

20 <http://www.imdb.com/title/tt0031971/?ref_=fn_al_tt_1>.

21 <http://www.imdb.com/title/tt0188302/?ref_=fn_al_tt_4>.

las apuestas más arriesgadas radica en la exposición o el cuestionamiento de determinismos tecnocientíficos (la teórica capacidad de la ciencia y de la medicina para definir lo real y, por tanto, aportar soluciones óptimas a muy diversos problemas), y su traducción en determinismos biológicos (género, raza) o político-sociales (de clase e ideológicos), que conllevan la clasificación, racionalización y disciplinamiento de diversos grupos humanos. Las epidemias constituyen uno de los recursos dramáticos habituales para este tipo de planteamientos (Tabernero y Perdiguero, 2011). El contexto norteamericano durante la Guerra Fría y la caza de brujas nos ofrece algunos ejemplos reveladores: en *Invasion of the body snatchers/La invasión de los ladrones de cuerpos* (1956),[22] Don Siegel, a partir de la novela *The body snatchers* (Finney, 1955), se centra en un médico rural y su enfrentamiento con el conformismo adormecedor provocado en la población por una epidemia alienígena. En la batalla, este médico utiliza su conocimiento, a nivel científico, pero también, significativamente, a nivel personal, de sus vecinos para desentrañar el proceso epidémico e intentar contrarrestarlo. Sin embargo, la inercia provocada por la aparente (e igualmente narcótica) seguridad de una sociedad tecnológica y de consumo (representada por un río de coches y camiones contra el que el médico no puede hacer nada) que terminaba por legitimar y consolidar el dominio de unas instituciones aparentemente democráticas, aunque, en el fondo, manifiestamente totalitarias (Allison, 2004). En cambio, unos años antes, Elia Kazan utilizó una epidemia de peste neumónica y la abnegada labor de un inspector médico militar como trasuntos, respectivamente, de la amenaza del comunismo (y, de un modo más literal, de la inmigración) y de la solución científica (lógica, racional y, en último término, indiscutible) aportada por el sistema (*Panic in the streets/Pánico en las calles*, 1950)[23] (Stern y Markel, 2003).

De otro modo, Shohei Imamura, en *Kuroi ame/Lluvia negra* (1989),[24] basada en la novela del mismo título de Masuji Ibuse (1965), utiliza las consecuencias del bombardeo nuclear de agosto de 1945 para exponer desde muy diferentes puntos de vista la estigmatización social asociada a procesos explícitos de medicalización en el mundo posbélico. Con una

22 <http://www.imdb.com/title/tt0049366/?ref_=fn_al_tt_3>.

23 <http://www.imdb.com/title/tt0042832/?ref_=fn_al_tt_1> .

24 <http://www.imdb.com/title/tt0097694/?ref_=fn_al_tt_1>.

mirada principalmente antropológica, Imamura se centra en las experiencias de la salud y la enfermedad (y de una epidemia generada por la acción humana) por parte tanto de afectados como de no afectados por la radiación, y sus consecuencias (y, en definitiva, las consecuencias de la creciente dominación tecnocientífica occidental de Japón tras la derrota en la Segunda Guerra Mundial) a nivel individual y social (Tachibana, 1998; Tabernero y Perdiguero, 2011).

Stanley Kubrick lleva al límite la metáfora político-social asociada a procesos de medicalización en *A clockwork orange/La naranja mecánica* (1971). En la trama, el tratamiento Ludovico es el recurso tecnocientífico, médico-cinematográfico, para apuntalar el control sociopolítico de una sociedad ultratecnológica y particularmente irreflexiva sobre sí misma con respecto a los procesos sobre los que se construye y funciona. Los cambios introducidos por Kubrick en relación con la novela de Anthony Burgess (1962), particularmente el final, permiten al director ampliar su exploración sobre las relaciones entre los seres humanos, sus propias creaciones (sociales, políticas, artísticas, científicas, tecnológicas) y el frágil equilibrio entre la creatividad, la experimentación y la destrucción. En la mirada distópica de *La naranja mecánica*, los médicos son técnicos deshumanizados al servicio del sistema en función de sus propios intereses; y los pacientes son meros objetos de estudio, hundidos en la banalidad, la pasividad y la desorientación. Pero la deshumanización no es, de ningún modo, una función del desarrollo científico-tecnológico y de su uso por parte de los estamentos de poder, sino precisamente de la total ausencia de reflexión sobre la cultura en la que nos movemos, incluidos, como no puede ser de otra manera, los aspectos que atañen a la ciencia, la medicina y la tecnología (Kolker, 2000; Pipolo, 2002; Tabernero, 2006).

Las enfermedades mentales permiten explorar, desde el punto de vista narrativo, las características, motivos y contradicciones de las transgresiones sociales, políticas o culturales, así como las respuestas de carácter tecnocientífico de las instituciones. En estos casos, los procesos de medicalización son explícitos y, al igual que ocurría en *El rostro*, *Pánico en las calles* o *La naranja mecánica*, la medicina y sus profesionales constituyen a menudo el aparataje técnico que sirve como argumento y hace, o puede hacer, realidad los deseos de los estamentos de poder, como en *Shock corridor/*

Corredor sin retorno (Fuller, 1963)[25] o en *One flew over the cuckoo's nest/ Alguien voló sobre el nido del cuco* (Forman, 1975;[26] basada en la novela de Ken Kesey, 1962), por citar dos ejemplos paradigmáticos (Gabbard y Gabbard, 1987). Sin embargo, en *Suddenly, last summer/De repente, el último verano* (Joseph L. Mankiewicz, 1959;[27] basada en la obra teatral escrita por Tennessee Williams en 1958, y en cuyo guion intervino Gore Vidal), un médico se enfrenta a nivel profesional y humano a la locura y la crueldad del poder y el uso que este quiere hacer de los intereses y necesidades materiales de la profesión médica en el contexto de un sistema deshumanizado de salud pública. La película explora la complejidad de las relaciones entre médicos, pacientes y sistema con respecto a la generación y gestión de conocimiento (en general, y científico-médico en particular) y sus implicaciones tanto a nivel individual, social y cultural, como desde un punto de vista político y moral. La posición del médico, del ejercicio de la medicina, de los pacientes y del sistema que todos ellos conforman se define, a su vez, en función del grado de reflexión de los distintos personajes sobre el espinoso entramado de discursos y prácticas concernientes a la clase, el género, la orientación sexual y los intereses personales y profesionales implicados (Gabbard y Gabbard, 1987).

La experiencia de la enfermedad por parte de los pacientes (y de las personas que rodean a estos enfermos) es el fundamento narrativo de numerosas películas. Aparte de rendiciones que se centran en los aspectos sentimentales de la desgracia o los aspectos redentores de la solución, es decir, en la satisfacción emocional inmediata de la audiencia, existen muchos ejemplos de películas en las que estas experiencias se entrecruzan de un modo más crítico y analítico con factores sociales, económicos y culturales de las sociedades en las que vivimos. Estos retratos no suelen perder de vista la relación de esta experiencia con los procesos de generación y gestión, a nivel profesional e institucional, del conocimiento y la práctica científico-médico-sanitarios. El cine de los directores mencionados en esta sección nos ofrece ejemplos particularmente ricos en este aspecto. Por otra parte, la experiencia de la salud y la enfermedad constituye un recurso narrativo y dramático que permite explorar los rincones más ocultos de la naturaleza humana, a nivel individual y colectivo.

25 <http://www.imdb.com/title/tt0057495/?ref_=fn_al_tt_1>.

26 <http://www.imdb.com/title/tt0073486/?ref_=fn_al_tt_1>.

27 <http://www.imdb.com/title/tt0053318/?ref_=fn_al_tt_1>.

En este sentido, Ingmar Bergman, por ejemplo, en *Såsom i en spegel/Como en un espejo* (1961)[28] y *Viskningar och rop/Gritos y susurros* (1972),[29] se centra, respectivamente, en la esquizofrenia y las fases terminales de un cáncer de útero en dos mujeres para profundizar, a través de una indagación minuciosa en las experiencias personales más recónditas, en el papel de diversos determinismos socioculturales, las mitologías y rituales asociados y los procesos de otorgamiento y validación de la autoridad en la construcción de las relaciones humanas (Quart, 2004; Törnqvist, 1995). El trasfondo, en definitiva, es una pregunta, de abierto carácter existencial y pasada por el tamiz psicoanalítico, por la condición humana, en general, pero a nivel personal de un director preocupado también, como se ha mencionado, por el papel del arte y de la ciencia, y de distintos enfoques en la generación y gestión de conocimiento, en las sociedades contemporáneas.

La relación entre el cine y el psicoanálisis, debido a la coincidencia histórica del desarrollo de ambos, pero también a la evidente relación a través de la generación e interpretación de imágenes, ha sido siempre particularmente fructífera. No son pocos los directores que han tomado el psicoanálisis como punto de referencia en sus planteamientos narrativos y técnicos. No obstante, merece la pena mencionar, para terminar esta sección, el caso de Alfred Hitchcock y películas como *Vertigo/De entre los muertos* (1958)[30] y *Psycho/Psicosis* (1960)[31] (Spoto, 1976; Trias, 1998; Erb, 2006). En estos casos, el cine *es* medicina, en el sentido de que estas películas están diseñadas milimétricamente como mecanismos que se desarrollan en la mente de los espectadores. La decidida dirección de la audiencia y su arrollador análisis operan a nivel psicológico, a través de un juego argumental y visual donde nada es lo que parece, para problematizar, a nivel individual de todos y cada uno de los espectadores, los procesos de construcción sociocultural de los individuos y de las sociedades que habitan.

28 <http://www.imdb.com/title/tt0055499/?ref_=fn_al_tt_1>.

29 <http://www.imdb.com/title/tt0069467/?ref_=fn_al_tt_1>.

30 <http://www.imdb.com/title/tt0052357/?ref_=fn_al_tt_1>.

31 <http://www.imdb.com/title/tt0054215/?ref_=fn_al_tt_1>.

Conclusión: el cine como herramienta de docencia e investigación en ciencias de la salud

La medicina y los medios de comunicación de masas, en nuestro caso, el cine, constituyen dos conjuntos de prácticas y discursos fundamentales para la construcción, estructura y funcionamiento de las sociedades contemporáneas. Como queda patente con los casos expuestos en los capítulos que conforman el cuerpo central de este libro y en la escueta revisión de este capítulo final, la medicina y el cine, en sus múltiples facetas, juegan un papel esencial en términos de accesibilidad, participación y responsabilidad sociocultural a través de las acciones e interacciones cotidianas entre las personas, los colectivos y las instituciones involucradas en sus actividades.

La cualidad performativa de la imagen fotografiada en movimiento conlleva la eficaz incorporación a través de las películas de sentimientos de fascinación y temor con respecto al poder, las ventajas y los riesgos asociados a los procesos de generación y gestión de conocimiento científico-médico-sanitario, en nuestro caso en relación con la evolución de las ciencias de la salud, y su capacidad para explicar y matizar a diversos niveles la realidad de sus usuarios. Significativamente, este objetivo se consigue también a través de la condición científico-tecnológica del cine, en función de su capacidad para modificar la percepción del espacio, del tiempo y del movimiento y, por tanto, también, como consecuencia, para plantear a los espectadores realidades específicas en términos de su plausibilidad o necesidad.

En este sentido, la apropiación rutinaria de medios de comunicación, a nivel individual y social, como dispositivos tecnológicos, pero también como fuentes de contenido simbólico, y en relación con la organización espacial y temporal de la vida cotidiana, constituye un elemento esencial dentro de la dinámica sociocultural de otorgamiento de autoridad y responsabilidad en las sociedades contemporáneas. Independientemente de si hablamos de cine científico-médico, cine de propaganda sanitaria o de educación para la salud, o cine de ficción, estamos abordando procesos de generación, exposición, circulación y consumo de conocimiento, así como de cuestionamiento o validación de los sistemas de autoridad asociados. En todos estos procesos, y teniendo en cuenta muy diferentes niveles de complejidad relacionados con las prácticas y discursos tanto de la medicina como del cine, participan indudablemente todos los actores

implicados, expertos (científicos, profesores, médicos, productores, distribuidores, mediadores, legisladores, empresas, instituciones) y no expertos (estudiantes, pacientes, usuarios, clientes, espectadores y consumidores).

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, la iniciativa docente a partir de la que se ha generado este libro (y el reducido, pero creciente, número de iniciativas análogas) es una buena muestra de la pertinencia y la importancia del uso del cine en los contextos actuales de docencia e investigación en ciencias de la salud (Menéndez, 2011a; Tabernero, 2011). No cabe la menor duda, por un lado, de que ofrecer a estudiantes en el campo de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia…) el acceso a muy diferentes (y a menudo contradictorias e incluso incómodas) maneras de mirar su profesión ha de enriquecer necesariamente no solo su formación a todos los niveles, sino la calidad del servicio que impartirán en el futuro. Por otra parte, y para terminar, merece la pena puntualizar asimismo que, más allá del ámbito de los profesionales de la salud, el análisis de esta multiplicidad de miradas cinematográficas sobre la medicina, los procesos de salud/enfermedad, los sistemas de salud pública, y la experiencia individual y colectiva de la enfermedad, ofrece oportunidades evidentes de reflexión a toda la población sobre su vida cotidiana y los procesos de construcción y funcionamiento de las sociedades en las que viven y de las que son, indudablemente, parte activa.

Filmografía

Alexandrov, G.; Eisenstein, S. M. y Tisse, E. (1929) *Gore i radost zhenshchiny*. URSS.

Anderson, R. (1947) *The feeling of rejection*. Estados Unidos.

Anstey, E. y Elton, A. (1935) *Housing problems*. Reino Unido.

Anstey, E. (1936) *Enough to eat?* Reino Unido.

Benoît-Levy, J. y Epstein, M. (1927) *Il était une fois trois amis*. Francia.

Berrod, T. y Russel, Q. (2005) *Danger: virus*. Francia.

Bergman, I. (1958) *Ansiktet*. Suecia.

— (1961) *Såsom i en spegel*. Suecia.

— (1972) *Viskningar och rop*. Suecia.

Bravo, J. (1936) *Vidas nuevas*. España.

— (1944) *La tuberculosis pulmonar*. España.

Burney, L. E. (1957) *The silent invader*. Estados Unidos.

Delgado, F. (1927) *La terrible lección*. España.
Ford, J. (1939) *Stagecoach*. Estados Unidos.
— (1942) *Sex hygiene*. Estados Unidos.
Forman, M. (1975) *One flew over the cuckoo's nest*. Estados Unidos.
Fuller, S. (1963) *Shock corridor*. Estados Unidos.
Griffith, E. H. y Milestone, L. (1918/1919) *Fit to fight / Fit to win*. Estados Unidos.
Griffith, E. H. (1919) *End of the road*. Estados Unidos.
Hitchcock, A. (1958) *Vertigo*. Estados Unidos.
— (1960) *Psycho*. Estados Unidos.
Huston, J. (1945) *Let there be light*. Estados Unidos.
Imamura, S. (1989) *Kuroi ame*. Japón.
Kazan, E. (1950) *Panic in the streets*. Estados Unidos.
Kubrick, S. (1971) *A clockwork orange*. Estados Unidos.
Kurosawa, A. (1948) *Yoidore tenshi*. Japón.
Mankiewicz, J. L. (1959) *Suddenly, last summer*. Estados Unidos.
Ricketts, T. (1914) *Damaged goods*. Estados Unidos.
Rockefeller Foundation (1920) *Unhooking the hookworm*. Estados Unidos.
— (1925) *Malaria*. Estados Unidos.
Rotha, P. (1935) *The face of Britain*. Reino Unido.
Shaw, H. M. (1912) *The land beyond the sunset*. Estados Unidos.
Siegel, D. (1956) *Invasion of the body snatchers*. Estados Unidos.
Svetozarov, B. (1929) *Tan'ka traktirshitsa*. URSS.
Televisión Española (2010) *Centinelas de la gripe*. España.
Thous, M. (1928) *Valencia, protectora de la infancia*. España.
Trombley, S. (1993) *The Lynchburg story*. Estados Unidos.
Urbano, C. (1952) *A is for Atom*. Estados Unidos.
Whale, J. (1931) *Frankenstein*. Estados Unidos.
— (1935) *Bride of Frankenstein*. Estados Unidos.
Willis, J. (1982) *Alice, a fight for life*. Estados Unidos.

Bibliografía

Ahmed, K.; Keeling, A. N.; Fakhry Morkos Ashrafian, H.; Aggarwal, R.; Naughton, P. A.; Darzi, A.; Cheshire, N.; Athanasiou, T. y Hamady, M. (2010) «Role of virtual reality simulation in teaching and assessing technical skills in endovascular intervention». *Journal of Vascular and Interventional Radiololgy* 21(1): 55-66.

Alexander, M.; Lenahan, P. y Pavlov, A. (2005) *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford/ Seattle: Radcliffe.

Allison, D. (2004) «Don Siegel». *Senses of Cinema* 32. Disponible en: <http://www.sensesofcinema.com/2004/great-directors/siegel/>. Consultado el 2 de septiembre de 2015.

Barona Vilar, C. (2006) *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. València: Publicacions de la Universitat de València.

Barona, J. L. (2010) *The problem of nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe 1914-1945*. Berlín: Peter Lang.

— (2012) *From Hunger to Malnutrition. The Political Economy of Scientific Knowledge in Europe 1918-1975*. Brussels/Frankfurt: Peter Lang.

— (2014) *Medicalización y economía política del hambre. Europa, 1918-1960.* Barcelona: Icaria.

Bensaude-Vincent, B. (2001) «A genealogy of the increasing gap between science and the public». *Public Understanding of Science* 10: 99-113.

Bloom, H. (Coord.) (1996) *Mary Shelley's Frankenstein*. Broomal: Chelsea House Publishers.

Bonah, C. (2011/2015) «Propaganda in the service of humanity. Promoting and advertising health in industrial and corporate films from the 1920s to the 1950s». En Bonah, Christian; Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Boon, T. (2005) «Health educations films in Britain, 1919-29: production, genres and audiences». En Harper, Graeme y Moor, Andrew (Coords.) *Signs of Life. Cinema and Medicine.* London/New York: Wallflowers Press, 45-57.

Boon, T. (2008) *Films of Fact: A History of Science in Documentary Film and Television*. London/New York: Wallflower Press.

— (2011/2015) «Truffle-hunters and parachutists in search of the audience for interwar health education films». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Borowy, I. (2009) *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Bucchi, M. y Neresini, F. (2008) «Science and public participation». En Hackett, Edward J.; Amsterdamska, Olga; Lynch, Michael E. y Wajcman, Judy (Coord.) 3rd edition. *The Handbook of Science and Technologies Studies*. Cambridge, MA: MIT Press, 449-472.

Burns, J. (2009). *Unhooking the Hookworm: The Making and Uses of a Public Health Film*. Sleepy Hollow, New York: Rockefeller Archive Center. Disponible en: <http://www.rockarch.org/publications/resrep/burns.pdf>. Consultada el 16 de mayo de 2015.

Cantor, D. (2011/2015) «Between movies, markets and medicine: The Eastern Film Corporation, Frank A. Tichenor, and medical and health films in the 1920s». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Castejón Bolea, R. (2001) *Moral sexual y enfermedad: la medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936).* Granada. Alicante: Ediciones de la Universidad de Granada. Instituto Alicantino de Cultura «Juan Gil Albert».

Castejón, R.; Perdiguero-Gil, E. y Ballester, R. (2006) «Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección de la salud materno-infantil (1900-1950)». *História, Ciencias, Saúde - Manguinhos* 13(2): 411-437.

Castejón Bolea, R.; Perdiguero Gil, E. y Piqueras Fernández, J. L. (2012) *Las imágenes de la salud: cartelismo sanitario en España (1910-1950)*. Alicante. Madrid: Instituto Alicantino de Cultura «Juan Gil-Albert». Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Clarke, Henry C. (1972) «Laparoscopy-new instruments for suturing and ligation». *Fertility and Sterilility* 23(4): 274-277.

Comelles, J. M. y Brigidi, S. (2014) «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in medical TV shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica* 7: 17-34.

Curtis, S. (2011/2015) «Acting out: performance and identification in the postwar mental health film». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Dahlquist, M. (2012) *Unhooking the Hookworm: The Rockefeller Foundation and Mediated Health*. Sleepy Hollow, New York: Rockefeller Archive Center. Disponible en: <http://www.rockarch.org/publications/resrep/dahlquist.pdf>. Consultada el 15 de mayo de 2015.

Elena, A. (1989) «Cine e historia de la ciencia: un estudio preliminar». *Sylva Clius* 8: 3-45.

— (2002) «La terrible lección». *Ciencia, cine e historia. De Méliès a 2001.* Madrid: Alianza, 65-69.

Ellis, J. C. y McLane, B. (2006) *A New History of Documentary Film*. New York/London: Continuum.

Erb, C. (2006) «Have You Ever Seen the Inside of One of Those Places?: Psycho, Foucault, and the Postwar Context of Madness». *Cinema Journal* 45(4): 45-63.

Essex-Lopresti, M. (1997) «Centenary of the medical film». *The Lancet* 349(9055): 819-820.

— (1998a) «The medical film 1897-1997: part I. The first half century». *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 21(1): 7-12.

— (1998b) «The medical film 1897-1997: part II. The second half century». *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 21(2): 48-55.

Fedunkiw, M. P. (2003) «Malaria films: Motion Pictures as a Public Health Tool». *American Journal of Public Health*, 93(7): 1046-1054.

— (2004) *The Rockefeller Foundation's 1925 'Malaria' Film*. Sleepy Hollow, New York: Rockefeller Archive Center. Disponible en: <http://www.rockarch.org/publications/conferences/fedunkiw.pdf>. Consultada el 20 de mayo de 2015.

Ford, H. (2002) «Ingmar Bergman». *Senses of Cinema* 23. Disponible en: <http://www.sensesofcinema.com/2002/great-directors/bergman/>. Consultada el 16 de mayo de 2015.

Gabbard, K. y Gabbard, G. O. (1987) *Psychiatry and the Cinema*. Chicago: The University of Chicago Press.

Gertiser, A. (2011/2015) «Going for the heart strings: how emotions are employed in educational films». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Grant, B. K. (Coord.) (2003) *John Ford's Stagecoach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Guzmán, M. y Tabernero, C. (2015) «The city in waves: Radio Barcelona and urban everyday life». En Hochadel, Oliver y Nieto-Galán, Agustí (Coords.) *Barcelona, an urban history of science and modernity, 1888-1929*. Farnham: Ashgate (en prensa).

Hediger, V. (2011/2015) «The smell of poverty. Cinema, olfaction, and the discourse on public hygiene in early cinema». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Hilgartner, S. (1990) «The dominant view of popularization. Conceptual problems, political uses». *Social Studies of Science* 20: 519-539.

Jiménez Lucena, I.; Ruiz Somavilla, M. J. y Castellanos Guerrero, J. (2002) «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo». *Asclepio* LIV(1): 201-218.

Kirby, D. (2008). «Hollywood Knowledge: Communication between Scientific and Entertainment Cultures». En Cheng, Donghong, *et alii* (Coord.). *Communicating Science in Social Contexts*, New York: Springer, 165- 181.

— (2010) «The future is now: Diegetic prototypes and the role of popular films in generating real-world technological development». *Social Studies of Science* 40(1): 41-70.

Kuhn, A. (1994). *The Power of the Image. Essays on Representation and Sexuality*. London: Routledge.

Kusiak, P. (2010) «Instrumentalized rationality, cross-cultural mediators, and civil epistemologies of late colonialism». *Social Studies of Science* 40(6): 871-902.

Landecker, H. (2006) «Microcinematography and the History of Science and Film». *Isis* 97, 121-132.

Latorre, J. M. (2004) «'El rostro' y 'Los comulgantes'. Dos films de Ingmar Bergman». *Dirigido por… 336* Disponible en: <http://www.revistasculturales.com/articulos/69/dirigido-por/110/1/-el-rostro-y-los-comulgantes-dos-films-de-ingmar-bergman.html>. Consultada el 16 de julio de 2015.

Laukötter, A. (2011/2015) «Measuring knowledge and emotions. Audience research on educational films in the beginning of the 20th century». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Lebas, E. (1995) «When Every Street Became a Cinema: The Film Work of Bermndsey Borough Council's Public Health Department, 1923-1953». *History Workshop Journal* 39: 42-66.

Lederer, S. E. y Parascandola, J. (1998) «Screening Syphilis: 'Dr. Erhlich's Magic Bullet' Meets the Public Health Service». *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 53: 345-370.

Lederer, S. E. (2011/2015) «Radiating health: public health and mass destruction in the 1950s». En Bonah, C., Laukötter, A. y Cantor, D (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Lefebvre, T. (2002) «Aspects Négligés de l'Iconographie Antialcoolique: Plaques de Verre et Films Fixes». *La Revue du Practicien* 52: 1749-1751.

Löwy, I. y Krige, J. (Coords.) (2001) *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Martinet, A. (1994) *Le Cinéma et la Science*. Paris: CNRS Éditions.

Matud Juristo, Á.(2008) «La incorporación del cine documental al proyecto de NO-DO». *Historia y Comunicación Social* 13: 105-118.

McDonald, K. I. (2006) «Dream, song and symbol: Akira Kurosawa›s Drunken Angel (1948)». En *Reading a Japanese film: cinema in context*. Honolulu: University of Hawai'i Press, 33-48.

Medina Doménech, R. M.ª y Menéndez Navarro, A. (2005) «Cinematic representations of medical technologies in the Spanish official newsreel, 1943-1970». *Public Understanding of Science* 14, 393-408.

Mendiguchía Olalla, I. y Santiago Lardón, J. A. (2003) *La medicina en el cine*. Madrid: PBM.

Menéndez Navarro, A. (2007a) «Átomos para la Paz… y para la Medicina: La popularización de las aplicaciones médicas de la energía nuclear en España». *Revista Española de Medicina Nuclear* 26 (6): 385-399.

— (2007b) «'Alice–A Fight for Life' (1982) y la percepción pública de los riesgos laborales del amianto». *Revista de Medicina y Cine* 3(2): 49-56.

— (2009) «Una cámara para nuestro amigo el átomo: la representación de las tecnologías médicas nucleares en NO-DO». *Quaderns de cine* 4: 47-56.

— (2011a) «El reto de la introducción del cine en la enseñanza de las ciencias biosanitarias». *Revista de Medicina y Cine* 7(1): 1-2.

— (2011b) «La reivindicación del saber lego en la defensa de la salud pública: 'Erin Brockovich'». *Revista de Medicina y Cine* 7(2): 54-60.

Minguet, J. M. (1997) «La terrible lección». En Pérez Perucha, Julio (Coord.) *Antología crítica del cine español, 1906-1995*. Madrid: Cátedra, 68-70.

Nichols, B. (2001) *Introduction to documentary*. Bloomington: Indiana University Press.

Nieto-Galán, A. (2011) *Los públicos de la ciencia. Expertos y profanos a través de la historia*. Madrid: Marcial Pons.

Ostherr, K. (2004) «'Invisible Invaders': The Global Body in Public Health Films». En Friedman, Lester D. (Coord.) *Cultural Sutures. Medicine and Media*. Durham/London: Duke University Press, 299-314.

— (2005) *Cinematic prophylaxis globalization and contagion in the discourse of world health*. Durham/London: Duke University Press.

— (2010) «Empathy and Objectivity. Health Education through Corporate Publicity Films». En Serlin, D. (Coord.) *Imagining Illness. Public Health and Visual Culture*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 62-82.

Ostherr, K. (2011/2015) «The biopolitics of animation: global health and sponsored films in the postwar era». En Bonah, C., Laukötter, A. y Cantor, D. (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

— (2013) *Medical visions. Producing the patient through film, television and imaging technologies*. Oxford: Oxford University Press.

Parascandola, J. (1996) «VD at the Movies: PHS Films of the 1930s and 1940s». *PHS Chronicles* 3: 173-175.

Perdiguero, E. (2006a) «Caring for the Children: Infant Mortality and Mass Media in Spain, 1928-1939». En Andresen, A.; Gronlie, T. y Ryymi, T. (Coords.) *Science, Culture, and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health*: Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies. University of Bergen, 31-53.

— (2006b) «For a Stronger Nation: Public Health Documentaries in Spain before the Civil War (1936-1939)». En Rollins, P. C; O'Connor, J. E. y Knecht, J. R. (Coords.) *Film & History. Proceedings of the 2006 Film and History League. Conference Entitled «The Documentary Tradition»*, CD.

Perdiguero, E. y Castejón, R. (2006) «El 'Segell Pro-Infancia' i la propaganda sanitaria». En Batlló, J.; Ferrán, J. y Piqueras, M. (Coords.) *Actes de la VIII Trobada d'Historia del a Ciència i de la Tècnica*. Barcelona: Societat Catalana d'Història del a Ciència i de la Tècnica, Institut d'Estudis Catalans, 229-236.

Perdiguero, E.; Ballester, R. y Castejón R. (2007) «Films in Spanish Health Education: The Case of Child Health (1928-1936)». *Higyea Internationalis* 6(2): 69-97.

Posner, M. (2011/2015) «'Educational prophylaxis' and 'mental inoculation': vaccine metaphors in World War One hygiene films». En Bonah, C., Laukötter, A. y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Quart, L. (2004) «Ingmar Bergman. The maestro of angst». *Cineaste* 29(4): 30-35.

Ramírez Martínez, F. E. (2006) «Ciencia, tecnología y propaganda: el NO-DO, un instrumento de popularización de la ciencia al servicio

del Estado (1943-1957)». En Ordóñez, J. (Coord.) *El pensamiento científico en la sociedad actual*. Madrid: MEC: 253-261.

Richie, D. (1996) «Drunken Angel». En *The Films of Akira Kurosawa*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 47-53.

San Miguel, H. (1989) «Cine científico: una aproximación a su origen y aportaciones». *Sylva Clius* 8: 47-74.

Sappol, M. (2011). «The Public Health Film Goes to War». Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/hmd/digicolls/phfgtw/>. Consultada el 30 de mayo de 2015.

Schaefer, E. (1992) «Of Hygiene and Hollywood: Origins of the Exploitation Film». *The Velvet Light Trap* 30: 34-47.

Seale, C. (2004) *Media and Health*. London: Sage.

Serlin, D. (2010) «Performing Live Surgery on Television and the Internet since 1945». En *Imagining Illness. Public Health and Visual Culture*. Minneapolis. London: University of Minnesota Press, 223-244.

Spoto, D. (1976) *The Art of Alfred Hitchcock, Fifty Years of His Motion Pictures*. New York: Hopkinson and Blake Publishers.

Stern, A. M. y Markel, H. (2003) «The Public Health Service and Film Noir: a Look Back at Elia Kazan's 'Panic in the Streets' (1950)». *Public Health Reports* 118: 178-183.

Sumpf, A. (2011/2015) «Soviet cinema and social hygiene against alcoholism in New Economic Policy-era Russia». En Bonah, Christian, Laukötter, Anja y Cantor, David (Coords.) *Communicating good health: movies, medicine and the cultures of risk in the twentieth century*. Ginebra: Fondation Brocher (en prensa 2015, Rochester: University of Rochester Press).

Tabernero, C. (2006) «L'Audiència-*meca*: ciència, tecnologia i la condició humana en el cinema de Stanley Kubrick i Steven Spielberg». *Mètode* 48: 71-76.

Tabernero, C.; Sánchez-Navarro, J.; Aranda, D. y Tubella, I. (2009) «Media practices, connected lives». En Cardoso, Gustavo, Cheong, Angus y Cole, Jeffrey (Coords.) *World Wide Internet: Changing Societies, Economies and Cultures*. Macau: University of Macau, 331-355.

Tabernero, C.; Aranda, D. y Sánchez-Navarro, J. (2010) «Juventud y tecnologías digitales: espacios de ocio, participación y aprendizaje». *Revista de Estudios de Juventud* 88: 77-96.

Tabernero, C. y Perdiguero, E. (2011) «El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad». *Revista de Medicina y Cine* 7(2): 44-53. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/es/volumenes/108-vol7/num22/644-el-cine-y-las-dimensiones-colectivas-de-la-enfermedad--en-scribd>. Consultada el 16 de junio de 2015.

Tabernero, C. (2011) *Medicina, cinema i literatura. Guia docent*. Disponible en: <https://intranet.uab.es/Document/346/14/Medicina.pdf>. Consultada el 20 de septiembre de 2015.

Tabernero, C.; Jiménez Lucena, I. y Molero Mesa, J. (2012) «Scientific-medical knowledge management through media communication practices: a review of two opposite models in early 20th century Spain». *Journal of History of Science and Technology* 6: 64-84.

Tabernero, C.; Jiménez Lucena, I. y Molero Mesa, J. (2015) «Colonial scientific-medical documentary films and the legitimating of an ideal state in 1940s post-war Spain». *História, Ciencias, Saúde – Manguinhos* (en prensa).

Tabernero, C. (2015) «Cine y procesos de medicalización: documentales médico-coloniales de la posguerra española (1946-1949)». En Brigidi, S. (Coord.) *Cultura, salud y cine*. Tarragona: Publicacions URV (este volumen).

Tachibana, R. (1998) «Seeing between the lines: Imamura Shohei's Kuroi Ame (Black Rain)». *Literature/Film Quarterly* 26(4): 304-312.

Thompson, J. B. (1995) *The Media and Modernity. A Social Theory of Media*. Cambridge: Polity Press.

Törnqvist, E. (1995) *Between stage and screen: Ingmar Bergman directs*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Trias, E.(1998) *Vértigo y Pasión: Un ensayo sobre la película Vértigo, de Alfred Hitchcock*. Madrid: Taurus.

Tulloch, J. (1997) *Television, AIDS and risk a cultural studies approach to health communication*. Londres: Allen & Unwin.

Zarzoso, A. (2006) «Precinema: el cine com a desenvolupament tecnològic» *Mètode* 48: 103-108.

RECURSOS DOCUMENTALES EN CINE Y SALUD

Serena Brigidi
Medical Anthropology Research Center - MARC
Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili,
Tarragona, España
serenabrigidi@gmail.com

Este capítulo se compone de cuatros apartados: «Cursos y seminarios en cine y salud», «Recursos digitales en cine y salud», «Revistas» y «Libros, libros electrónicos y tesis doctorales», y tiene la finalidad de recoger algunas importantes iniciativas académicas y didácticas en España y en el extranjero que comprenden, de forma casi exclusiva, el cine como método pedagógico —*cinemeducation*, según los norteamericanos— en ciencias de la salud y ciencias sociales.

A nivel metodológico, el análisis ha sido realizado durante dos años, esencialmente en español e inglés. Los datos han sido obtenidos mediante investigaciones en motores de búsqueda como Google, Altavista, Yahoo y Lycos. En una fase preliminar de la investigación, fueron excluidos los metabuscadores (Ixquick, Dogpile, Trivago, etc.), debido a la repetición del material propuesto. Asimismo, las redes sociales han tenido un papel importante en la recopilación de información, sobre todo, Facebook y Twitter.

El primer espacio está dedicado a los cursos, seminarios, asignaturas, jornadas o módulos realizados solo en España. El listado está organizado con el siguiente formato: título del curso o seminario, la entidad que lo organiza, el responsable, los años y, si está presente, la dirección web para adquirir más información directamente de la fuente.

La segunda sección se refiere a los recursos digitales más importantes en España, y otros materiales de procedencia extranjera, en cine y temas de salud. Este espacio recoge blogs personales como el de *Ser Médico. El*

Brigidi, Serena (coord.), *Cultura, salud, cine y televisión*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2016, p. 295–308. ISBN: 978-84-8424-423-3. DOI: 10.17345/9788484244233

blog de Julio Zarco,[1] por ejemplo, que, a pesar de no hablar solo de cine, tiene varias entradas o referencias a la cultura del cine y la salud. Asimismo, han sido recompiladas las páginas web dedicadas a un tema específico (por ejemplo, eutanasia o violencia de género) tratados en relación con los recursos audiovisuales.

Seguidamente, tenemos una parte dedicada a las revistas nacionales e internacionales que se ocupan de publicar investigaciones sobre la relación entre salud y recursos audiovisuales. En este espacio está presente también una revista que se ocupa de los anuncios publicitarios, que está incluida aquí debido a que muchos de estos anuncios tratan temas de salud.

Finalmente, la última sección está dedicada a los libros, libros electrónicos y tesis doctorales. Debido a la extensión del material, se han adoptados ulteriores estrategias metodológicas. Por una parte, se han incluido en la búsqueda otros idiomas (además del castellano y el inglés, se han utilizado el italiano, el portugués y el francés) y se han incorporado las bases de datos como PUBMED, Cuiden, Dialnet, MENDELEY Premium, Scielo (Book), Trobador+, TDX/TESEO/DART.[2] Por otra parte, para acotar la selección, se ha utilizado el criterio del año de la primera edición (en el caso de los traducidos, la primera edición en español), considerando solo los libros publicados en los últimos veinte años. Es decir, desde el año 1995 hasta el año 2015. En el caso de las tesis, se ha optado por seleccionar solo las defendidas en los últimos diez años (2005-2015). También se han excluido los libros, tesis y manuales ya mencionados por los autores en las bibliografías de cada capítulo de este volumen.

Como se evidencia en la presentación del libro, este capítulo no pretende ser exhaustivo, debido a las características epistemológicas propias de los recursos audiovisuales, sino representar una guía o un punto de referencia para el lector.

1 <http://juliozarco.com/>. Consultado el 16 de febrero de 2014.

2 TDX: Tesis Doctorals en Xarxa. TESEO: datos bibliográficos de las tesis doctorales presentadas en las universidades españolas. DART: Europe E-Theses Journal.

Cursos y seminarios en cine y salud

Asignatura de grado: *Comunicación, Médico, Sociedad*. Organismo: Universitat de Barcelona. Centro: Facultad de Medicina. Responsable: Carlos Tabernero. Fecha: cursos 2010-11, 2011-12, 2012-13.

Asignatura de grado: *Medicina, Cine y Literatura*. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Centro: Facultad de Medicina. Responsable: Carlos Tabernero. Fecha: cursos 2007-08, 2008-09, 2009-10, 2010-11, 2011-12, 2012-13, 2013-14.

Curso: *Cine, Ciencia y Construcción de la Cultura*. Centro: Instituto de Ciencias de la Educación. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Universitat d'Estiu (Programa de Cursos de Verano). Impartido por: Carlos Tabernero. Fecha: cursos 2003-04, 2004-05.

Curso: *La Pediatría en el Cine*. Centro: Facultad de Medicina. Organiza: Universidad de Salamanca. Organizado por: Dr. María José Fresnadillo Martínez, Dr. Enrique García Sánchez y Dr. José Elías García Sánchez. Fecha: cursos 2010-2011. <http://campus.usal.es/~micromed/Cursos_07-08/segundo_trimes/Pediat_cine/Pediatr_cine.htm> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Curso: *Medicina, Enfermedad y Cine*. Centro: Facultad de Medicina. Organiza: Universidad de Salamanca. Organizado por: Dr. María José Fresnadillo Martínez, Dr. Enrique García Sánchez y Dr. José Elías García Sánchez. Fecha: cursos 2009-2010. <http://campus.usal.es/~micromed/Cursos_10_11/trip_med_cine.pdf> Consultada el 20 de septiembre de 2015.

Curso: *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica en el Cine*. Organiza: Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica. Universidad de Salamanca (USAL). Responsable: Dr. Enrique García Sánchez. Año: 2009-2010. <http://www.usal.es/webusal/node/3500> Consultada el 3 de septiembre de 2015.

Curso: *La Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud. Aprender y Practicar la Medicina en Entornos 2.0: el Papel de la Biblioteca Médico-Sanitaria*. Organiza: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca (USAL). Fecha: verano de 2011.

Curso: *La Salud y la Enfermedad a través del Cine*. Materia: Medicina en el cine y la literatura. Una visión de la salud pública. Organismo:

Universitat de Barcelona. Actividad desarrollada: Els Juliols de la UB (Programa de Cursos de Verano). Fecha: curso 2013-14.

Curso: *Taller Cine y Salud Pública*. Centro: Escuela de Verano en Mallorca. Organismo: Institut Menorquí d'Estudis, Maó (Menorca). Coordinado por: Dr. Josep M. Vidal Hernández y Dr. Enrique Perdiguero Gil. Fecha: 22, 23 y 24 de septiembre de 2009. <http://www.evsp.cime.es/WebEditor/Pagines/file/Programa%20Taller%20CINE%20y%20SP.pdf> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Jornada: *Jornada Día Mundial de la Salud 2014. XII Certamen Cine y Salud,* Zaragoza, 4 y 5 de abril de 2014, #cineysalud2014 #DMS2014. Organizado por Ibercaja y el Gobierno de Aragón, desde la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa y Educación Permanente. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/9127662/DEFINITIVOJornadayCertamenCyS2014.pdf> Consultada el 16 de septiembre de 2015. Organiza: Universidad de Salamanca (USAL). Ciclo de cine por la igualdad y contra la violencia de género 25 a 28 de noviembre de 2013.

Jornadas: *Cine y Sexualidad*. Las Jornadas de Cine y Sexualidad llegan a su undécima edición y en el año 2014 centran la mirada en la sexualidad de las mujeres. Descripción: El tema es la sexualidad de las mujeres a través de su ciclo vital: infancia/adolescencia, juventud, madurez y vejez. Fecha: seis sesiones en dos semanas del 10 al 19 de marzo de 2014. Organismo: Salón de Actos, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Colaboran: Vicerrectorado de Cooperación y Extensión Universitaria, Vicedecanato de Estudiantes y Actividades Culturales, Facultad de Filosofía y Letras. <http://cinesexuam.blogspot.com.es/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Módulo: *Cultura Material, Patrimonio y Comunicación Científica.* Máster: Historia de la Ciencia: Ciencia, Historia y Sociedad. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Centro: Facultad de Ciencias. Fecha: cursos 2011-12, 2012-13.

Módulo: *El Proceso de Medicalización: Discursos Científicos y Percepciones Sociales (El Cine y los Procesos de Medicalización).* Máster: Historia de la Ciencia: Ciencia, Historia y Sociedad. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Centro: Facultad de Ciencias. Fecha: cursos 2008-09, 2009-10, 2010-11.

Módulo: *Géneros de Popularización Científica (El Documental Científico).* Máster: Historia de la Ciencia y Comunicación Científica. Organismo: Universitat de València. Centro: Institut d›Història de la Medicina i de la Ciència López Piñero. Fecha: curso 2013-14.

Módulo: *La Ciencia y sus Públicos (Ciencia, Cine y Televisión).* Máster: Historia de la Ciencia: Ciencia, Historia y Sociedad. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Centro: Facultad de Ciencias. Fecha: cursos 2006-07, 2007-08, 2008-09, 2009-10, 2010-11.

Módulos: *Between Humanitarian Action and Social Empowerment in Health and Welfare: the Cases of NGOs and Integrative Care Film, NGOs and Health: The Constant Gardener*, Fernando Meirelles, 2005. M**á**ster: Phoenix *Erasmus Mundus.* Máster: Dynamics of Health and Welfare. Health Management and Education in Modern Society (Cinema as Educational Tool in Health-Based Management of the Population: *Suddenly, Last Summer*, Joseph Leo Mankiewicz, 1959). A Multidisciplinary Approach to Public Health: Environment, Politics and Education (Cinema and Mass-Media as Non-Formal Health Learning Spaces: *Panic in the Streets*, Elia Kazan, 1950). Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Centro: Escuela de Posgrado–Facultad de Psicología. Impartido por: Carlos Tabernero. Fecha: cursos 2007-08, 2009-10, 2010-11.

Módulo: *Medicalización, Cine y Cultura.* Centro: Facultad de Letras. Organiza: Universitat Rovira i Virgili. Responsable: Dr. Josep M. Comelles. Fecha: cursos 2008-2009; 2009-2010; 2010-2011; 2011-2012; 2012-2013; 2013-2014.

Seminario: *Cine, Medicina e Imperio: Discursos Hegemónicos para la Construcción de un Régimen Totalitario*. Centro: Centro de Historia de la Ciencia. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Impartido por: Carlos Tabernero. Fecha: marzo de 2009.

Seminario: *Cultura, Salud y Cine*. Organismo: EU Gimbernat (UAB)/Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Responsable: Dra. Serena Brigidi. Fecha: seminario anual (desde el 2010 hasta actualidad), cada año se organizan 3-4 sesiones. <https://www.facebook.com/culturasaludcine.seminario> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Seminario: *Discursos y Representaciones Médico-Sanitarias en el Cine Documental de Posguerra (1939-1953)*. Centro: Centro de Historia de la Ciencia. Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona. Impartido por: Carlos Tabernero. Fecha: marzo de 2009.

Recursos digitales en cine y salud

Cine y educación

<http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/mujer_maltratada_cine.htm>

Página destinada a quienes deseen aprender de cine, de tecnología de la educación, de didáctica del cine, de la enseñanza del cine y del cine de la enseñanza. http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/ Consultada el 16 de mayo de 2015.

Tiene diversos espacios interesantes dentro de la área de la salud. Destaco el material recogido y analizado sobre la violencia de género:

Cine y eutanasia

<http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/cineutanasia.htm> Consultada el 20 de septiembre de 2015.

Página con útiles referencias filmográficas en referencia a la muerte digna, la eutanasia y el acompañamiento al final de la vida.

Cinema e Psicologia

<http://www.cinemaepsicologia.it/> Consultada el 12 de octubre de 2015.

Laboratorio experiencial de cine y psicología. Gestionado por dos psicólogos italianos.

Cinéma et Santé Mental

<https://mack1810.wordpress.com/> Consultada el 12 de octubre de 2015.

Blog que se ocupa de las representaciones que existen en el cine de la psiquiatría y de la salud mental. El autor escribe que en el cine: «Souvent beaucoup de clichés, d'images effrayantes ou grotesques ou empreintes de bons sentiments mais néanmoins toujours intéressantes à découvrir. A travers les films évoquant la santé mentale, le cinéma suit l'évolution de nos sociétés, de nos mœurs et de nos croyances, de nos tolérances aussi…

Le cinéma veille, observe, digère, et restitue tous ces moments de vie… C'est sa vocation et sa MAGNIFIQUE LIBERTE».

Cine y salud

<http://cineysalud.blogspot.com.es/> Consultada el 20 de septiembre de 2015.

Organizado por Ibercaja y el Gobierno de Aragón, desde la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa y Educación Permanente. El Programa Cine y Salud tiene por objeto tratar desde el cine la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud más relevantes en la adolescencia, fomentar la mirada crítica y la responsabilidad personal, y potenciar la creación de mensajes saludables desde el XI Certamen de Cortometrajes y Spots Cine y Salud. La salud de las personas tiene que ver con sus condiciones de vida y con las historias de su vida cotidiana. El cine condensa en una película muchas situaciones y vivencias de personajes con los que permite identificarse y también emocionarse. El cine es un factor de motivación que permite abordar las dimensiones de la salud que tienen que ver con las relaciones con uno mismo, con los demás y con el entorno. A través de una metodología de emoción-reflexión-acción se puede promover un proceso de empoderamiento de las personas.

Cinemed

<http://sus-cinemed.blogspot.com.es/2011/10/cine-y-docencia-en-enfermeria.html> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

En este blog hay información y permite opiniones sobre cine y medicina y sobre la aplicación del séptimo arte en la docencia de ciencias de la salud.

Enfermería y cine: la historia de la salud, la vida y la muerte

<http://enfermeriacinehistoria.blogspot.com.es/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

En el blog se visualizan fragmentos de películas para reflexionar acerca de la relación entre enfermería y cine.

Historia, cine y medicina

Era un suplemento de la revista digital CONECTA (*Boletín de Noticias sobre Historia de la Ciencia, de la Medicina y de la Tecnología,* ISSN: 1576-4826) dedicado a cine, historia y medicina. Se trata de una página más sesgada hacia la historia de la medicina. Hay anotaciones bibliográficas interesantes, pero algunos enlaces están caducados. La última actualización es de abril del 2003. Actualmente no activo.

La folie dans le cinéma français

<http://www.cinetrafic.fr/liste-film/2935/1/la-folie-dans-le-cinema-francais> Consultada el 12 de octubre de 2015.

Es una ventana del sito francés Cinetrafic y presenta un listado de 110 filmes franceses que tratan directamente, o no, la *folie*. El análisis resulta solo una guía, se recogen informaciones principales, como tráiler, sinopsis, fotografías y algunas críticas y comentarios de los usuarios.

En la misma línea destaca *La folie dans le cinéma américain*, donde se proponen unas 164 películas de los Estados Unidos. <http://www.cinetrafic.fr/liste-film/2933/1/la-folie-dans-le-cinema-americain>

La medicina y el cine de terror

<http://idd0073h.eresmas.net/public/artic11/artic11_01.html> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Es un portal que trata temas médicos relacionados con el género terrorífico lanzado por la Universal en los años treinta. Se trata de varios capítulos dedicados al miedo, la ansiedad, la rabia, la porfiria, el tema de los trasplantes, la licantropía, etc.

La psychanalyse au cinéma

<http://www.cineclubdecaen.com/analyse/psychanalyse.htm> Consultada el 12 de octubre de 2015.

Página de organización sencilla, cuya última actualización es del 2011, aunque es interesante porque analiza numerosos filmes en torno al tema del psicoanálisis. La página está organizada en psicoanálisis, psicoanalistas, asilos e instituciones psiquiátricas y neurosis.

Medicina y cine

<http://medicinaycine.blogspot.com.es/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Blog dedicado a la relación entre medicina y «un singular paseo cinematográfico por los senderos de la salud y la enfermedad».

Movies and infections disease

<http://campus.usal.es/~micromed/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Organizado por la Universidad de Salamanca, en colaboración con la *Revista Medicina y Cine*.

Observatorio de comunicación y salud

<http://www.portalcomunicacion.com/OCS/esp/index.asp> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Piezas destacadas que hacen referencia al cine y la salud, sobre todo, en sus secciones «Series temáticas». *Cine y salud*:

Oh homem que sabia demasiado

<http://ohomemquesabiademasiado.blogspot.com.es/> Consultada el 12 de octubre de 2015.

Un blog portugués que tiene una sesión sobre cine y salud mental. Se destaca debido al análisis de 35 filmes desde 1920 hasta la actualidad.

Pasadizo

<http://www.pasadizo.com/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Portada dedicada al *thriller* en contexto psicológico. Contiene una entrevista con Beatriz Vera Poseck, autora de *Imágenes de la locura: una aproximación a los trastornos mentales a través del cine*, realizada por Carlos Diaz Maroto.

Psiche & Immagine

<www.psicheimmagine.it> Actualmente no activo.

Página de la homónima asociación cultural italiana que desde 1994 promueve iniciativas donde el cine, como expresión de arte y cultura de

amplia circulación popular, es valorado como vehículo de comunicación y reflexión sobre temas relacionados con la mente humana.

Psicologia social: sáude, minorías sociais e comunicação

<http://psicologiasocialbrasileira.blogspot.com.es/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Participan varias personas que aportan a este blog brasileño material interesantísimo en torno a salud, cine, arte e literatura. Tiene también un espacio en Facebook: <https://www.facebook.com/Psicologia-Social-Cinema-e-Sa%C3%BAde-130789183733180/timeline/>

Psychiatry in the Cinema

<http://www.priory.com/psych/psycinema.htm> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Página editada por el Dr. Ben Green que trata distintos problemas de salud mental (esquizofrenia, desordenes afectivos, desordenes de la personalidad, neuróticos, psiquiatría infantil, etc.). En cada apartado hay una lista de películas relacionada con el titular.

Science in the Cinema

<http://www.afi.com/silver/new/nowplaying/2011/v8i3/nih11.aspx> Consultada el 16 de mayo de 2015.

Página del Nacional Institutes of Health Maryland (Estados Unidos) que, en colaboración con el American Film Institute, crea una serie de cine foros relacionados con temas de salud. Se trata de un catálogo de la filmoteca personal de Carolina Botella (médico de familia), donde cada película es presentada como posible punto de partida para una discusión médica.

Ser Médico. El Blog de Julio Zarco

<http://juliozarco.com/la-medicina-en-cine/> Consultada el 16 de mayo de 2015.

La relación entre el cine y la medicina siempre ha sido muy estrecha, siendo este un importante mecanismo de difusión de la imagen del médico y de la propia profesión.

Sida Studi

<http://www.sidastudi.org/es> Consultada el 16 de mayo de 2015.

Sección de la página en catalán que recoge toda una serie de material (películas, canciones, novelas, etc.) sobre el tema del sida, dedicada exclusivamente a sistematizar los filmes.

The Body

<http://www.thebody.com/content/art14020.html> Consultada el 16 de mayo de 2015.

Sección de la página *The Body* que trata de forma muy clara y rigurosa el tema del sida. Tiene también una edición en castellano.

Revistas

Revista de medicina y cine/ Journal of Medicine and Movies

<http://revistamedicinacine.usal.es/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Editada por la Universidad de Salamanca. ISSN 1885-5210

Quaderns de cine

<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11416/1/Quaderns_Cine_N4_06.pdf> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Editada por la Universidad de Alicante. Revistas-Quaderns de Cine-2009, Núm. 4. «Cine, ciència i salut».

The Medical Journal of Australia

<https://www.mja.com.au/> Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Es una página de medicina australiana; no obstante, tiene numerosos artículos sobre cine australiano y neozelandés.

Jornal Etica&Cine. Revista Académica Cuatrimestral

<http://journal.eticaycine.org/Bioetica-y-cine-A-picture-of>. Consultada el 16 de septiembre de 2015.

Editada de manera conjunta por el Programa de Estudios Psicoanalíticos, Ética, Discurso y Subjetividad, CIECS - CONICET y la Cátedra de Psicoanálisis, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba,

Departamento de Ética, Política y Tecnología, Instituto de Investigaciones y Cátedra de Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Con la colaboración del Centro de Ética Médica (CME), de la Facultad de Medicina, Universidad de Oslo, Noruega.

Libros

Alegre de la Rosa, O. (2003) *La discapacidad en el cine*. Barcelona: Octaedro.

Alexander, M; Lenahan O. y Paulov, A. (2006) *Cinemeducation. A comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford-Seattle: Radcliffe Publishing.

Batle-Caminal, J. (1998) *Med&Cine: encuentros, tribulaciones y cortocircuitos entre cine y medicina*. Barcelona: Edipharma.

Casado, A. y Astudillo Alarcón, W. (2006) *Cine y medicina al final de la vida*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Palitivos.

Cattorini, P. (2006) *Bioetica e cinema. Racconto di malattia e dilemmi morali*. Milán: Franco Angeli Editore.

Colt, H.; Quadrelli, S. y Lester, F. (Coords.) (2011) *The Picture of Health: Medical Ethics and the Movies.* Oxford: Oxford University Press.

Da Costa e Fonseca Org, A. C. (2014) *Cinema, Etica e Saude*. Porto Alegre: Editora Bestiário.

De Mari, M.; Marchiori, E. y Pavan, L. (Coords.) (2006) *La mente altrove Cinema e sofferenza mentale*. Milano: Franco Angeli Editore.

Del Olmo, R. A. (2013) *El eterno retorno del no-muerto como arquetipo fílmico: una aproximación a la figura del zombi en la cultura popular contemporánea*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Ramon Llull.

Dement, J. (1999) *Going for Broke. The Depiction Of Compulsive Gambling In Film*. Lanham (Maryland): Scarecrow Press.

Flowers, J. (2004) *Psychotherapists on Film, 1899 Through 1999: A Worldwide Guide to Over 5000 Films: v. 1 & 2.* Jefferson: McFarland & Company.

Fuchs, C. (2002) *Bad Blood. An Illustrated Guide to Psycho Cinema*. London: Creation Books.

Gabbard, G. O. y Gabbard, G. (1999) *Psychiatry and The Cinema*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

García Barreno, P. (2006) *De pócimas y chips. La evolución de la medicina.* Madrid*:* Pozuelo de Alarcón.

Girardeau, N. (1998) *La sida à l'écran. Représentations de la séropositivité et du sida dans les fictions filmiques*. París: L'Harmattan.

González Martel, J. (1996) *El cine en el universo de la ética. El cine-fórum.* Madrid: Anaya.

González Requena, J. y Ortiz de Zárate, A. L. (2000) *La escritura fílmica en el umbral de la psicosis.* Valencia: La Mirada.

Gracia, D. y Muñoz, S. (2006) *Médicos en el cine. Dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes*. Madrid: Editorial Complutense.

Guy, L. (2003) *La santé à l'écran: médecine et patients au cinéma*. París: Téraèdre.

Harper, G. y Moor, A. (Coords.) (2005) *Signs of Life Medicine And Cinema.* Londres: Wallflowerpress.

Herreros, B. (2011) *El médico en el cine. Anatomía de una profesión.* Madrid: T & B Editores.

Honorato, J. (2003) *Enfermedades infecciosas en el cine*. Madrid: PBM.

Kylo-Patrick, R. H. (2003) *The AIDS Movie: Representing a Pandemic in Film and Television*. Filadelfia: Haworth Press.

Mendiguchía Olalla, I. y Santiago Lardón, J. (2013) *Medycine 100: la medicina en el cine*. Madrid: Products Business Management.

Moratalla, T. D. (2011) *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*. Madrid: San Pablo.

Moreno Martín, F. y Muiño, L. (2003) *EL factor humano en la pantalla. Un paseo por la psicología desde el patio de butacas*. Madrid: Editorial Complutense.

Morin, E. (2001) *El cine o el hombre imaginario*. Barcelona: Paidós.

Muñoz García, J. J. (2003) *Cine y misterio humano*. Madrid: Rialp.

— (2005) *De «Casablanca» a «Solas»*. Pamplona: Eunsa.

Muñoz, S. y Gracia, D. (2006) *Médicos en el cine: dilemas bioéticos, sentimientos, razones y deberes*. Madrid: Ed. Complutense.

Noll Zimmerman, J. (2003) *People Like Ourselves. Portayals of Mental Illness in the Movies.* Lanham: Scarecrow Press.

Norden, M. F. (1998) *El cine del aislamiento: el discapacitado en la historia del cine*. Madrid: Poliedro.

Paietta, A. y Kauppila, J. (2009) *Health Professional on Screen*. Lanham: Scarecrow Press.

Pérez Honorato, J. (2003) *Enfermedades infecciosas en el cine*. Madrid: PBM.

Pérez Morán, E. y Pérez Millán, J. A. (2008) *Cien médicos en el cine de ayer y de hoy.* Salamanca: Universidad de Salamanca.

Rabkin, L. (1998) *The Celluloid Couch.* Lanham: Scarecrow Press.

Reagan, L. J.; Treichler, P.A. y Tomes, N. (2007) *Medicine's Moving Pictures: Medicine, Health, and Bodies in American Film and Television*, Rochester Studies in Medical History.

Rivaya, B.; García Manrique, R. y Méndez Baiges, V. (2008) *Eutanasia y cine*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Riviera, J. A. (2003) *Lo que Sócrates diría a Woody Allen*. Madrid: Espasa.

— (2005) *Carta abierta. De Woody Allen a Platón*. Madrid: Espasa.

Solá, A. (2006) *Hollywood. cine y psiquiatría.* Barcelona: Editorial Base.

Stuart, M.; Campbell, T.; Alexander, M. y Lenahan, P. (2004) *Cinemeducation: A Comprehensive Guide to Using Film in Medical Education*, Radcliffe Publishing.

Tischler, V. (Coord.) (2010) *Mental Health, Psychiatry and the Arts: A Teaching Handbook*. Oxford: Redcliffe.

Tomás Garrido, M.ª C. y Tomás Garrido, G. (2004) *La vida humana a través del cine. Cuestiones de antropología y bioética*. Pamplona: Pretexto.

Trosman, H. (2000) *Contemporary Psychoanalysis and Masterworks of Art and Film*, NYU Press.

Vera Poseck, B. (2006) *Imágenes de la locura.* Madrid: Calamar Ediciones.

VV. AA. (2004) *Jauría humana: cine y psicología*. Barcelona: GEDISA.

VV. AA. (2004) *La salud de la mirada. Experiencias de educación para la salud a través del cine*. Gobierno de Aragón: Dirección General de la Salud.

Wedding, D.; Boyd, M. A. y Niemiec, R. M. (2005) *El cine y las enfermedades mentales*. 2.ª ed. Barcelona: J&C Ediciones Médicas.

Wulff, H. R.; Pedersen, S. A.y Rosenberg, R. (2002) *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela.

Zautra, A. J. (2003) *Emotions, Stress, and Health*. Oxford: Oxford Press.

AUTORES

Serena Brigidi es doctora en Antropología de la Medicina por la Universitat Rovira i Virgili (URV), con una tesis sobre Migración y Salud Mental que obtuvo la Mención Honorífica en el Premio Marqués de Lozoya en el 2010. Es licenciada en Pedagogía por la Università degli Studi di Genova y también siguió el Curso de Alta Formación en Desarrollo Sostenible de la Università di Teramo e IMES, Roma. Es profesora asociada de la URV, en el Departament d'Antropologia, Filosofia I Treball Social (URV) y en el Departament de Ciències Socials i Benestar, Facultat de Ciències de la Salut i Benestar (UVIC-UCC). Ha ideado y coordina el Seminario Cine, Salud y Cultura, evento anual de cuatro sesiones abierto a profesionales de la salud, estudiantes y personas interesadas en el cine y la salud.

Sus líneas de investigación se han ampliado a distintos campos de la antropología médica, como el pluralismo asistencial o las formas de autoatención de personas migrantes, así como las experiencias y narrativas de instituciones de atención a la salud mental. Articula sus investigaciones combinando técnicas y métodos cualitativos. Ha ido incorporando la visión de género y los estudios sobre cuerpos y emociones. En los últimos años, se está dedicando a la medicalización del embarazo y crianza, la violencia obstétrica, los nuevos paradigmas científicos en referencia al parto fisiológico y la lactancia materna y los efectos y vínculos de estas prácticas con la salud pública y la salud mental. Lleva también una importante línea de investigación en el campo audiovisual (innovación docente, uso de material audiovisual y web 2.0 para la docencia y la evaluación del alumnado) y otra más empírica donde combina el análisis de material audiovisual con una metodología tradicional de estudios (sobre todo, itinerarios corporales y entrevistas en profundidad). Es cofundadora del grupo de investigación MATER, Observatori de les Maternitats i Paternitats Contemporànies, y autora de diversas publicaciones internacionales en castellano, catalán, inglés e italiano.

Josep María Comelles Esteban es doctor en Medicina y Cirugía (UB), doctor en Antropología (EHESS, París), licenciado en Filosofía y Letras (Psicología, UB) y especialista en Psiquiatría. Sus intereses se centran en la antropología médica y la historia de la ciencia. Ha efectuado investigaciones recientes sobre migraciones y salud, trastornos del comportamiento alimentario e historia de la psiquiatría y de las políticas públicas de atención primaria en España. Es autor de numerosas publicaciones internacionales, entre ellas, *Stultifera Navis. La Locura, el poder y la ciudad*, Lleida, Milenio, 2006; «Feelings, distance and emotions in medical practice», en Dongen, Els van y Kutalek, Ruth (coords.) *Facing distress. Distance and proximity in times of illness*. Viena, Lit Verlag, 2007, 117-148; y *No comerás*, Gracia Arnaiz, Mabel y Comelles, Josep M., Barcelona, Icaria, 2007.

Martín Correa-Urquiza es doctor en Antropología Médica y Salud Internacional por la URV. Cursó el máster y la diplomatura en Antropología Social y Cultural en la UAB, y es licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires. Es profesor asociado de los Departamentos de Antropología, Derecho y Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, también es profesor consultor del Departamento de Pedagogía Social de la UOC. Es autor/colaborador de publicaciones en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) en el ámbito de la salud mental. Es miembro coordinador y fundador de la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia y miembro investigador de la Universitat Rovira i Virgili.

En el 2009 recibió el Premio del Ayuntamiento de Barcelona al mejor trabajo de investigación periodística en el ámbito de la salud por un reportaje publicado en el periódico *La Vanguardia*: «La Victoria de Vivir en pareja». Fue galardonado con el Premio Ferran Salsas i Roig 2009 a la investigación en el ámbito de «Salud y comunidad», 21 edición, por el trabajo «Radio Nikosia. Análisis de un nuevo dispositivo de inclusión, comunicación e intervención social en el ámbito de la salud mental».

Ha sido profesor invitado de la Universidad de Porto Alegre (Brasil), de la Universidad Autónoma de Madrid, de la Universitat Ramon Llull y de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha publicado diversos artículos académicos en el ámbito de antropología de la salud y la salud mental.

Maite Cruz Piqueras es licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada, y máster en Género y Desarrollo por la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad, trabaja en el área de Ética, Ciudadanía y Participación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en diferentes proyectos de bioética. Es codirectora del Experto Universitario en Bioética y docente en varios cursos de ética. En investigación, forma parte de la red EOL (<http://www.andalusianendoflife.com>) y participa en diferentes investigaciones sobre ética y el final de la vida. Asimismo, ha trabajado en el desarrollo de programas de educación y formación de pacientes, planes de comunicación, planes de salud, evaluación de programas y políticas de salud pública, análisis de expectativas, estudios de satisfacción ciudadana, y desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías aplicadas a la docencia. También ha realizado varios vídeos y materiales audiovisuales. Entre otros, destacan: «Historias llenas de vida», sobre la vivencia de las mujeres con cáncer de mama (<http://www.escueladepacientes.es>), «Al final tú decides» (<http://vimeo.com/8864425>) y «De muerte somos todos» (<http://vimeo.com/36838625>). Sus publicaciones se han derivado de estudios que han utilizado una metodología cualitativa en ámbitos muy diversos como sida y jóvenes, discapacidad e infancia, análisis de riesgos ambientales, evaluación de programas de salud, etc. y, más recientemente, en temas relacionados con la ética y el final de la vida. Además, es autora y revisora de varias guías dirigidas a pacientes sobre diferentes enfermedades crónicas (cáncer de mama, cáncer colorrectal, fibromialgia, etc.). Asimismo, es miembro del Comité Institucional de Ética de la EASP.

Nuria Gregori Flor, de formación y vocación interdisciplinar, trabaja como enfermera oncológica en el Hospital Universitario de Elche (Alicante) desde el 2002, es antropóloga sociocultural licenciada por la Universitat de Barcelona. Se ha doctorado en el programa de Feminismos del Institut Universitari d'Estudis de la Dona de la Universitat de València, ha centrado su investigación en la gestión médica y social de las conocidas como intersexualidades o diferencias del desarrollo sexual (DSD) en el contexto español. Su principal aportación proviene del trabajo de campo realizado, en una primera etapa, en el análisis de los discursos y representaciones de los expertos médicos en el diagnóstico y tratamiento de la diferenciación sexual atípica; y en una segunda etapa, en la atención a la experiencia de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas

por alguna DSD en nuestro país desde dentro o fuera de grupos de apoyo. En esta segunda etapa —que ha sido posible dentro de los proyectos del Plan Nacional de I+D+i Ciencia y Tecnologías del Cuerpo desde una Perspectiva CTS (MEC 2007-2009) y Cartografías del Cuerpo (MICINN, 2010-2012) dirigidos por Eulalia Pérez Sedeño del CSIC—, han sido protagonistas los intercambios, las alianzas y los conflictos surgidos dentro de lo que se ha conocido como la *triada clínica*: médicos, pacientes con DSD y sus padres y familias.

Inmaculada Hurtado es doctora en Antropología de la Medicina por la Universitat Rovira i Virgili, licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Miguel Hernández y diplomada en Magisterio. Actualmente es profesora en la Universidad CEU Cardenal Herrera, en el Departamento de Educación.

Primer Premio de Investigación Cultural Marqués de Lozoya del Ministerio de Cultura por la investigación *Cartografía de una aspiración. Envejecimiento, salud y cuidados en la Migración Internacional de Retiro a la Costa Blanca*, ha realizado estancias de investigación en la Universidad de Ámsterdam, la Universidad de Sheffield y la Universidad de Berkeley.

Ha participado en distintos eventos académicos relacionados con el cine y la producción audiovisual. Sus investigaciones y publicaciones abarcan temas como la migración y la salud, los cuidados, el cuerpo, el género y la educación.

Manuel Moreno Lupiáñez es profesor del Departamento de Física e Ingeniería Nuclear de la Universitat Politècnica de Catalunya. Doctor en Ciencias Físicas por la Universitat de Barcelona, es miembro de la Unión Astronómica Internacional (IAU, Comisió 33: Estructura y Dinámica de la Galaxia), de la Sociedad Española de Astronomía y de la Sociedad Catalana de Física. Es coautor de los libros *Física i ciència ficció*, Ed. UPC (1994)(Premio Ignotus, 1995); *De King Kong a Einstein. La física en la ciencia ficción*, Ed. UPC (1999); *Entre la por i l'esperança. Percepció de la tecnociència en la literatura i el cinema*, Ed. Proa (2002); *Tiem(pos) modernos*, Ed. Sirius (2007); *Ciencia Recreativa comentada*, Ajuntament de Barcelona (2007); y *Agua Recreativa*, Ed. Competium (2008).

Enrique Perdiguero Gil es doctor en Medicina por la Universidad de Alicante (1989) con una tesis histórico-médica fruto de la Beca de Formación de Personal Investigador. Se licenció en Medicina en Cirugía en la Universidad de Alicante (1985). Participó con una beca en el University College de Londres (Wellcome Institute for the History of Medicine). Es profesor titular de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández, donde imparte docencia en los grados de Medicina y Periodismo, en la licenciatura de Antropología Social y en varios másteres oficiales y títulos de especialista universitario. Es profesor invitado del Máster de Antropología Médica y Salud Internacional de la Universitat Rovira i Virgili.

Sus líneas de investigación se han centrado en la historia de la popularización médica, en la de la salud pública, el cuidado materno-infantil y la alimentación en España, así como en el estudio histórico y antropológico del pluralismo asistencial, temas sobre los que ha publicado decenas de artículos y capítulos de libro. Ha sido editor o coeditor de varios libros.

Carlos Tabernero Holgado es doctor en Biología por la Universidad de Salamanca (1993). Vivió más de una década en los Estados Unidos, trabajando como biólogo molecular en el NCI-NIH, y más tarde como profesor y diseñador de programas educativos en Children's Studio School, en Washington DC. En el 2005, se incorporó como profesor e investigador al CEHIC de la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualmente, imparte docencia en los grados de Medicina (en particular con la asignatura Medicina, Cine y Literatura), Biología, Ciencias Biomédicas y Genética, así como en el Máster Oficial de Historia de la Ciencia: Ciencia, Historia, Sociedad, donde su docencia está asociada a la comunicación científica.

Sus líneas de investigación se centran en el cine y la televisión en los procesos de popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología del siglo xx; la popularización de las ciencias naturales en la España contemporánea; y la representación y articulación de prácticas y discursos médico-sanitarios en la España del siglo xx.

Entre sus publicaciones destaca «El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad» (*Revista de Medicina y Cine* 7(2): 44-53, 2011; con Enrique Perdiguero); «Scientific-medical knowledge management through media communication practices: a review of two opposite models in early 20th century Spain» (*Journal of History of Science and Technology* 6: 64-84, 2012; con Isabel Jiménez-Lucena y Jorge Molero-Mesa); y «Movimiento libertario y autogestión del conocimiento en la España del primer tercio

del siglo xx: la sección "Preguntas y respuestas" (1930-1937) de la revista *Estudios*» (*Dynamis* 33(1): 43-67, 2013; con Isabel Jiménez-Lucena y Jorge Molero-Mesa).

Joan Úbeda Carulla es productor con treinta años de experiencia en documentales de televisión y del género factual. Ha trabajado en TV3/ Televisió de Catalunya durante quince años (1983-1998), dirigiendo y produciendo historias sobre actualidad y reportajes en *prime-time* que alcanzaron una gran audiencia y obtuvieron la aclamación de la crítica. Tras unirse al grupo Mediapro en 1999 como productor ejecutivo y director de Media 3.14, ha supervisado la producción de unas 500 horas del género factual para presentadores de televisiones españolas y más de 30 documentales de deportes, historia, ciencia y arte, incluyendo películas premiadas como *The Dalí Dimension* y *The Light Bulb Conspiracy*. Ocupó una plaza de *knight fellow* en la Universidad de Stanford en 1998-1999 y, en septiembre del 2000, fue galardonado con el Premio Nacional de Periodismo por el Gobierno catalán.

Juan Zarco (Madrid, 1970) es profesor del Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid, tras haber enseñado previamente en las universidades Complutense de Madrid, Pública de Navarra y Essex University (Reino Unido), donde ocupó una plaza de *visiting fellow* en el Departamento de Sociología, financiada por la Beca Posdoctoral en el Extranjero del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Ha sido codirector del Diploma de Formación Superior de Investigación Cualitativa en Salud y del Experto en Investigación Cualitativa en Salud, ambos, títulos propios de la UAM. Actualmente es miembro de la Junta Ejecutiva de la Asociación Madrileña de Sociología.

En cuanto a los campos de investigación en los que ha trabajado, cabe destacar su experiencia en distintos aspectos relacionados con la salud, el cuerpo, la discapacidad, la marginación, la educación, la idea de generación, la historia de la sociología española o la cultura política, áreas en las que ha publicado numerosos libros, capítulos y artículos en revistas especializadas.

Desde hace algunos años su preocupación central gira en torno a los aspectos metodológicos de la investigación en sociología, muy especialmente sobre la metodología cualitativa, en cuyo paradigma está explorando las posibilidades del uso de audiovisuales en el proceso de investiga-

ción. Es coautor del cortometraje documental *5 segundos*, (<https://www.youtube.com/watch?v=ahfQvO9yZaE>) basado en una investigación cualitativa sobre discapacidad que ha sido proyectado en distintos foros internacionales y nacionales para su discusión.

Antropologia Mèdica

Este libro quiere crear una reflexión en torno al uso, creación y elaboración de materiales audiovisuales –documentales, películas, programas televisivos, anuncios y series de televisión– en la didáctica e investigación de las ciencias de la salud y ciencias sociales. Para ello se recogen diversas contribuciones realizadas en el marco del Seminario Cultura, Salud y Cine que proceden de diversos campos de saberes: Antropología Médica, Bioética, Historia de la Medicina, Estudios de Género y Física. Por una parte, las aportaciones tienen como objetivo explorar algunas categorías diagnósticas utilizadas en los discursos biomédicos y también en términos de identidades, cuerpos y estigmatizaciones (sin olvidar el papel de los profesionales de la salud, pacientes y cuidadores dentro de los recursos audiovisuales). Por otra parte, se profundizan los aspectos tecnocientíficos y los procesos de popularización de la ciencia, la medicina y la tecnología presentes en las obras cinematográficas, tanto clásicas como modernas, relacionadas con las ciencias de la salud.

MARC
MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

[publicacions] urv